

Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester – muligheter og begrensninger

Et praktisk deltagende aksjonsforskningsprosjekt

av

Liv Helene Jensen

Avhandling for graden PhD



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

**Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap**

2009

Sammendrag

Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester – muligheter og begrensninger. Et praktisk deltagende aksjonsforskningsprosjekt

Bakgrunn:

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebasert omsorg omfatter tjenester til mennesker i ulike livsfaser, med ulike behov for hjelp som følge av funksjonshemninger, helsesvikt eller sykdom. Dette gjør tjenestene svært arbeids- og kunnskapsintensive. Kommunene er pålagt kvalitetskrav gjennom Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov om helsetjenestene i kommunene (Kvalitetsforskriften 1997).

Målsetting:

Studiens mål var å bidra til kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene og styrke personalets kompetanse i sykehjem og hjemmebaserte tjenester og generere kunnskap om kvalitetsutviklingsarbeidets muligheter og begrensninger.

Design:

Studien hadde et praktisk deltagende aksjonsforskningsdesign og ble gjennomført i samarbeid med tjenesteutøvere og ledere i to geografiske tjenesteområder i en kommune, der personalet tjenestegjorde i både sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Kvalitetsforskriften ble anvendt som vurderingsnorm for kvalitetsutviklingsarbeidet i begge forskningsfeltene.

Kunnskapsdannelsen var prosessuell og praksisnær og rettet mot hvordan ulike former av arbeidsfellesskap kunne utvikles som læringsarenaer der tjenesteutøvere og ledere sammen bidro til forbedringer i tjenestene og styrket deltagernes kompetanse.

Funn og konklusjoner:

Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene initieres fra tjenesteutøverene og fra ledere. Organisering av kvalitetsutviklingsarbeid kan sees som kontinuerlige interaktive arbeids- og læringsprosesser. Samhandling, reflekterende dialoger og systematiske oppsummeringer fremmet arbeidet. Iterative prosesser som følge av turnusarbeid utfordret arbeidsprosessene. Den positive konklusjon i denne avhandlingen er at selv om det tar tid å finne veien mot forbedringer, har utvikling av lærende praksisfellesskap vist seg å være virksomt innenfor de eksisterende ressursene.

Nøkkelord:

Kvalitetsutvikling, sykehjem, hjemmesykepleie, deltagende aksjonsforskning.
Quality improvement, nursing homes, home care, participatory action research.

Forord

Denne avhandlingen dreier seg om interaktive læringsprosesser i kvalitetsutviklingsarbeid i pleie- og omsorgstjenestene. Det praktiske kvalitetsutviklingssamarbeidet var en spennende og lærerik prosess hvor vi utforsket praksis sammen, stilte kritiske spørsmål, utviklet detaljerte planer og delte gleden ved gjennomføring av forbedringer. De mange samtalene med personalet og deres ledere gjennom en 4 års periode gav meg innblikk i de utfordringene pleie- og omsorgstjenestene i kommunene stod overfor. Den lengste læringsprosessen har likevel vært i ettertid i arbeidet med avhandlingen. Etter kvalitetsutviklingsarbeidet var avsluttet skulle jeg samle alle trådene fra dataarkivet og utvikle et metarefleksivt perspektiv som samtidig kunne ivareta *stemmene* fra det deltagende aksjonsforsknings-samarbeidet.

Arbeidet med avhandlingen har vært en ensom prosess, men det finnes en rekke personer som skal takkes for å ha bidratt underveis. Først og fremst vil jeg få takke alle deltagerne som bidrog i kvalitetsutviklingsarbeidet. Uten deres utrettelige innsats ville det ikke vært mulig å gjennomføre et praktisk deltagende aksjonsforskningsarbeid. Jeg takker for lærerike samtaler og for at dere alltid fant tid til å delta innenfor de eksisterende ressursene.

Takk til Norges forskningsråd som finansierte doktorgradstipendet knyttet til programmet *Kunnskapsutvikling i profesjonsutdanning og profesjonsutøvelse (KUPP)*, og til Høgskolen i Buskerud som har lagt til rette for at jeg kunne arbeide med avhandlingen. En spesiell takk til min hovedveileder professor Marit Kirkevold som har fulgt arbeidet fra den spede begynnelse og gjennom alle fasene i arbeidet med avhandlingen. Hun har vært svært tålmodig, gitt gode innspill og oppmuntrende tilbakemeldinger når jeg trengte det.

Takk til medstudenter ved Seksjon for sykepleievitenskap og kolleger ved Høgskolen i Buskerud, avdeling helsefag for inspirerende samtaler og støtte.

En varm takk til mine to døtre og øvrig familie som har hatt en urokkelig tro på at jeg skulle klare å gjennomføre dette arbeidet, selv om det har strukket seg over flere år.

Asker, juli 2009

Liv Helene Jensen

Innholdsfortegnelse

DEL I: TEORETISKE OG METODOLOGISKE OVERVEIELSER	1
KAPITTEL 1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for studien	2
Nasjonale mål og utfordringer i pleie- og omsorgstjenestene	2
Praksisnær forskning	4
Lokale forutsetninger.....	5
1.2 Målsetting og forskningsspørsmål.....	6
1.3 Forskningsfeltet med avgrensinger.....	9
1.4 Oversikt over forskningsprosessen.....	12
1.5 Avhandlingens oppbygging	16
KAPITTEL 2 KVALITET OG KVALITETSUTVIKLING	18
2.1 Kvalitet, utvikling og kvalitetsutvikling.....	18
2.2 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene	21
Presentasjon av Kvalitetsforskriften.....	21
Brukermedvirkning gir ikke rett til bestemte tjenester.....	24
Organisering og kompetanseutvikling.....	25
2.3 Nasjonale kvalitetsinitiativ og strategier	25
Harde og myke kvalitetssystemer.....	26
Internasjonal forskning	28
2.4 Kvalitetsutvikling i et sykepleiefaglig perspektiv	29
2.5 Kvalitetskriterier og perspektiver i forskningssamarbeid.....	32
Struktur, prosess, resultat	33
Det mulige, akseptable og legitime	34
Kartlegging av tjenestenes kvalitet.....	35
Veksling i perspektiver.....	36
Oppsummering	37
KAPITTEL 3 FORSKNINGSTILNÆRMINGENS METODOLOGISKE GRUNNLAG	39
3.1 Aksjonsforskningens paradigmer	39
3.2 En demokratisk og kritisk forståelsesramme.....	43
Medvirkning og komplementære funksjoner	43
Kritisk perspektiv	44
Å skape et kommunikativt rom	51
3.3 Erfaring og læring i en arbeidskontekst.....	52
Erfaring og læring hos voksne.....	53
Mesterlære, desentrert mesterlære og læring som sosial praksis.....	54
Det potensielle læringsnivået	55
Erfaringsbasert læring og situert læringsteori	57
3.4 Kjennetegn ved forskningstilnærmingen.....	60
KAPITTEL 4 METODISKE OVERVEIELSER.....	64
4.1 Introduksjonen til forskningsfeltet.....	64
4.2 Den doble aksjonsforskningsspiralen	66
4.3 Deltagere og organisering av aksjonsgrupper	68
Deltagere i forskningsfelt 1 og 2	68
Organiseringen av aksjonsgruppene.....	70
4.4 Datagenerering og analyseprosessene underveis.....	74
Datakonstruksjonen - arkivet.....	75
Data fra gruppesamtaler, ledere og andre aktører.....	76
Forskers feltnotater og logg.....	80

4.5	Analysene i ettertid	83
	Induktive og abduktive analyseprosesser	84
4.6	Funksjoner og relasjoner i forskningssamarbeidet	86
	Relasjonsbygging og avklaring av funksjoner på ulike nivåer	87
	Prosessveileder	91
	Selvrefleksjon og læring	92
4.7	Etiske overveielser	92
	Etiske utfordringer i deltagende aksjonsforskning	93
DEL II: KVALITETSUTVIKLINGSSAMARBEIDET		97
KAPITTEL 5 ARBEIDSLAGETS UTFORDRINGER		97
5.1	Den integrerte organiseringen	97
5.2	Arbeidslagets ansvarsområde og utfordringer	99
	Pasienter/brukere	100
	Ute og inne	101
	En morgentime i arbeidslaget	102
	Tilpasning og fleksible løsninger i arbeidslaget	105
	Kort planleggingstid	106
	Arbeidsfordelingen	107
	Lite tid til faglig diskusjon	108
	Avdelingslederens posisjon	109
	Primærkontakt eller primæransvarlig - ulike ansvarsområder?	110
5.3	Utfordringer og tilpasninger i den daglige tjenesteutøvelsen	113
	Knapp tid og streng prioritering for å kunne ivareta grunnleggende behov	113
	Ønske om å ivareta pasientens selvbestemmelse	116
	Ukjente pasientsituasjoner utfordrer faglig forsvarlighet	119
	Vanskelige sosiale situasjoner	120
	Mangel på praktisk hjelp fører til klanderverdige situasjoner	122
5.4	Tverrfaglige utfordringer internt og på tvers av nivåer	124
	Parallell arbeid	125
	Tilgjengelighet gjennom døgnet	127
	Tverrfaglig arbeide i utakt	128
	Samordning av tjenester på tvers av nivåer	130
5.5	Utfordringer i arbeidsmiljøet	132
5.6	Oppsummering - grunnlaget for videre forskningssamarbeid	135
KAPITTEL 6 UTVIKLING AV LÆRENDE STRUKTURER		136
6.1	En felles verdiplattform	136
	Å starte der deltagerne er	136
	Årlige dialogseminarer	139
6.2	Etablering av samhandlende grupper - ressursgrupper	143
	Ressursgruppens ansvarsområder	144
6.3	Første halvårsoppsummering i ressursgruppene	145
	Utvikling av temaer	145
	Spilleregler og stillasbygging	150
	Gruppelederfunksjonen	151
	Avdelingsleders funksjon i ressursgruppene	151
	Det intersubjektive handlingsrommet	153
	Endringer i samhandlings- og møttestrukturen mellom arbeidslaget og sonen	154
6.4	Deltagelsesnivåer i ressursgruppene	154
	Deltagere i ressursgruppe A	155
	Deltagelsesnivåer i gruppe A	156

6.5 Utvikling av lærende samtalestrukturer i ressursgruppene.....	157
Å samle oppmerksomhet	158
Orden og prioritering	159
Interaktivitet og flerstemmighet	160
Ressursgruppens oppsummeringer	161
KAPITTEL 7 INTERAKTIVE OG TRANSFORMATIVE LÆRINGSPROSESSER I	
ARBEIDSFELLESSKAPET	163
7.1 Lærende praksisfellesskap i arbeidslaget (felt 1)	163
7.2 Vising og iakttagelse	165
Å bli introdusert til arbeidsfellesskapet – muligheter og begrensninger	166
Kroppslig og verbal instruksjon	169
Å legge merke til eldres interesser og lokalhistorisk kunnskap	171
Å vise ansvar i holdning og handling	173
<i>Vising og iakttagelse</i> som ressurs i lærende praksisfellesskap	175
7.3 Presentering og reflekterende dialoger	176
Situasjonsbeskrivelsen.....	177
Kunnskapsutvikling som mosaikk.....	177
Selvrefleksjon og etiske refleksjonsprosesser	180
<i>Presentering og reflekterende dialoger</i> som ressurs i lærende praksisfellesskap	180
7.4 Felles planlegging og aktiv prøving	183
Gjensidig påvirkende planleggingsprosesser.....	183
Prioritering av kollektive innsatsområder for grupper av pasienter	186
Planlegging og utprøving av aktivitetsplaner i sykehjemsavdelingen	187
Planlegging og utprøving av gruppeaktiviteter i hjemmebasert omsorg.....	190
Læringsløyper i erfaringsbasert planlegging på gruppenivå	193
<i>Planlegging og aktiv prøving</i> som ressurs i lærende praksisfellesskap	196
7.5 Kritisk refleksjon og vurdering av arbeidsformene	198
Kritisk selvrefleksjon, reflekterende dialoger og aktiv bruk av generalisert kunnskap ..	199
Økningen i antallet pasienter med alvorlig demens utfordret arbeidslagets ressurser ...	201
Det kollektive utviklingsarbeidet rettet mot primærkontaktfunksjonen.....	204
Utvikling av samarbeidsavtaler i hjemmebasert omsorg.....	206
Kritisk vurdering av sykepleiernes funksjon i arbeidslaget.....	211
Kvalitetsforbedring innenfor arbeidslagets begrensede ressurser	212
Nøkkelrollene	214
Mangel på faglig diskusjon på tvers	215
Passiv respons og innsparingskrav	218
<i>Kritisk refleksjon og vurdering av arbeidsformene</i> som ressurs i lærende arbeidsfellesskap.....	219
KAPITTEL 8 INTERAKTIVE OG TRANSFORMATIVE LÆRINGSPROSESSER PÅ	
TVERS AV ARBEIDSFELLESSKAP	222
8.1 Ledernes initiativ til kvalitetsutviklingsarbeid i sonen.....	222
Forarbeidet i sonen	222
For-forståelsen	224
8.2 Arbeids- og læringsprosesser på tvers av arbeidslagene (felt 2)	225
8.3 Introduisering.....	227
Introduksjonen	227
Å skape kontakt gjennom kreative læringsprosesser.....	228
Rammer og mål	229
8.4 Presentering og reflekterende dialoger	230
Situasjonsbeskrivelser og kartlegging	230

<i>Reflekterende dialoger</i> på tvers av arbeidslag som ressurs i læringsfellesskap	232
8.5 Kritisk vurdering	233
Kritisk refleksjon	233
Interaktivt litteraturarbeid	233
<i>Kritisk vurdering</i> som ressurs i læringsfellesskap	235
8.6 Felles planlegging og interaktiv prøving	236
Å ta opp tråden, prioritere og utarbeide delmål	236
Et nytt og bedre dokumentasjonsverktøy	237
Medvirkningsbasert opplæring i sonen	239
Overgang til en ny læringskontekst	240
<i>Planlegging og interaktiv prøving på tvers av arbeidslag som ressurs i læringsfellesskap</i>	243
8.7 Endring og standardisering	244
Overføring av gamle data til nytt dokumentasjonsverktøy	244
Kontinuerlige forbedringsprosesser?	245
Ett felles journalsystem i kommunen?	246
Interaktiv kunnskap og kompetanseutvikling i virksomheten	247
8.8 Personlige arbeidsmapper	248
Utvikling av arbeidsmappens innhold	248
Analyse av systematiserte arbeidsmapper	250
DEL III: LÆRENDE PRAKSISFELLESSKAP OG INDIVIDUELL	
KOMPETANSEUTVIKLING	252
KAPITTEL 9 HVA VIRKET FREMMENDE PÅ	
KVALITETSUTVIKLINGSARBEIDET OG LÆRINGSPROSESSENE	252
9.1 Forutsetninger og kjennetegn ved kvalitetsutviklingsarbeidet	252
Overordnede forutsetninger	252
Kjennetegn ved tilnærmingene	253
9.2 Refleksjon som metalæringsprosesser	255
9.3 Å arbeide med det viktige	256
Aktiv involvering fremmer læring hos voksne	257
Å skape handlingsrom for endringsprosesser	260
9.4 Praksisnære læringsformer	262
Bruk av symboler og assosiasjoner	262
Deling av erfaringer og kartlegging med hjelp av verktøy fra Statens helsetilsyn	263
9.5 Utvikling av klinisk kompetanse og arbeidsmapper som personlige kompetanseutviklingsverktøy	264
Utvikling av yrkesidentitet og klinisk kompetanse	264
Personlig arbeidsmappe	265
KAPITTEL 10 HVA VIRKET HEMMENDE PÅ	
KVALITETSUTVIKLINGSARBEIDET OG LÆRINGSPROSESSENE	266
10.1 Turnusarbeid og ulik arbeidstidsordning utfordrer	266
10.2 Iterative og langsomme arbeidsprosesser	268
10.3 Brudd i informasjonsflyten og kommunikasjonsbarrierer	269
Kommunikasjonsbarrierer i gruppene og arbeidslagene	269
Kommunikasjonsretninger og tolkningsrammer på ulike nivåer	270
Konsekvenser av ulike praksiser i organisasjonen	271
10.4 Nøkkelroller og manglende koordinering	273
Arbeidslagslederens nøkkelfunksjon	273
Manglende koordinering og bindeledd på tvers	276

KAPITTEL 11 ORGANISERING AV SYSTEMATISK	
KVALITETSUTVIKLINGSARBEID.....	279
11.1 Organisering av systematisk kvalitetsutviklingsarbeid	279
Lærende praksisfellesskap	279
Refleksjon over handling og handlingssekvenser	282
11.2 Kjerneaktiviteter i praksis og verdier i kvalitetsutviklingsarbeidet.....	284
Samspillet og verdifellesskapet	288
11.3 Kommunehelsetjenesten som læringsarena.....	291
Ressurs- og kapasitetssituasjonen.....	291
11.4 Undervisning, interaktive læringsarenaer og individuelle læringsbaner	293
11.5 Refleksjon over kunnskapsgenereringen	296
Kunnskapsgenerering i forskningssamarbeidnet og studiens troverdighet	299
Reflekterende kunnskapsgenerering.....	300
Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet	301
Kommunikativ validering.....	303
KAPITTEL 12 KONKLUSJONER.....	306
REFERANSER.....	308

Vedlegg

1. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Kvalitetsforskriften (1997)
2. Konesjon til å opprette personregister iht rammekonesjonsordningen for Høgskolen i Buskerud, Datatilsynet 29.06.98
3. Forlengelse av konsesjon, Datatilsynet 21.08.00
4. Tillatelse fra forskningsfeltet
5. Oversikt over deltagere (felt 1)
6. Oversikt over lokale ikke publiserte rapporter og dokumenter (felt 1 og 2)
7. Halvårsoppsummering (felt 1)
8. Analyse – sammenfletting (felt 1)
9. Innholdsanalyse – en sekvens (felt 1)
10. Innholdsanalyse – oversikt (felt 1)
11. Utvikling av mål og aktivitetsplaner (felt 1)
12. Kartleggingsverktøy (felt 2)
13. Analyse av arbeidsmapper (felt 2)

Figurer

Figur 1: Forenklet oversikt over forskningsfeltet ved oppstart av aksjonsgruppene	10
Figur 2: Den doble aksjonsforskningsspiralen.....	67
Figur 3: Datakonstruksjonen og arkivet.....	75
Figur 4: Milepæler sett i et reflekterende tilbakeblikk	78
Figur 5: Metarefleksjonen – en trippel aksjonsforskningsspiral	83
Figur 6: Personalets vandring i sykehjemsavdelingen, forenklet skisse fra morgentimen	102
Figur 7: Forarbeidet og aksjonssyklus 1-5, med halvårsoppsummeringer (felt 1)	156
Figur 8: Deltagelsesnivåer gruppe A	142
Figur 9: Lærende samtalestruktur	158
Figur 10: Den doble planleggingsprosessen	184
Figur 11: Aktivitets- og læringsløype i erfaringsbasert planlegging	194
Figur 12: Dokumentasjonsgruppens logo: ”Går sakte, men sikkert mot målet”	228
Figur 13: Kulturelle verdier og praksis	285
Figur 14: Forskningsprosessen.....	299

Tabeller

Tabell 1: Budsjetterte stillinger fordelt etter yrkesgrupper, prosentvis	9
Tabell 2: Oversikt over forskningsforløpet	13
Tabell 3: ”Harde og myke” systemer i kvalitetsutviklingsarbeid	26
Tabell 4: Deltagere i faktiske tall og prosentfordeling, felt 1.....	69
Tabell 5: Deltagere i faktiske tall og prosentfordeling, felt 2 (2 grupper)	70
Tabell 6: Aksjonsgrupper i felt 1, etter halvårsterminer	71
Tabell 7: Aksjonsgrupper i felt 2, etter halvårsterminer	73
Tabell 8: Refererte samtaler (faktisk antall)	78
Tabell 9: Logg notat, termin 6.....	82
Tabell 10: Etablering av ressursgrupper (aksjonssyklus 1/felt1)	144
Tabell 11: Deltagere i gruppe A fordelt etter yrkesgrupper pr halvårsterminer	155
Tabell 12: Læringsdimensjoner og resultater (felt 1).....	165
Tabell 13: Aktivitetsplan for sosiale aktiviteter	189
Tabell 14: Halvårsmodell i kvalitetsutviklingsarbeidet	195
Tabell 15: Utvikling av primærfunksjonen i arbeidslaget	205
Tabell 16: Læringsdimensjoner og resultater (felt 2).....	226
Tabell 17: Program, dokumentasjonsseminar (felt 2).....	242
Tabell 18: Kriteriene for godkjenning som klinisk spesialist (NSF 2001)	249
Tabell 19: Systematisering av innholdet i arbeidsmappen	249
Tabell 20: Organisering av kvalitetsutviklingsarbeidet	253

DEL I: TEORETISKE OG METODOLOGISKE OVERVEIELSER

Avhandlingens første del omfatter studiens bakgrunn, målsetting og forskningsspørsmål (kap.1), presentasjon av kvalitetsutviklingsbegrepet og nasjonale kvalitetskrav i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (kap. 2) og metodologiske overveielser som begrunner forskningstilnærmingens praktiske og deltagende aksjonsforskningsdesign (kap. 3 og 4).

KAPITTEL 1 INNLEDNING

Denne avhandlingen dreier seg om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester, og har grunnlag i Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov om helsetjenesten i kommunene (Kvalitetsforskriften 1997/2003¹). Studiens fokus er rettet mot hvordan ulike former av arbeidsfellesskap kan utvikles til læringsarenaer der tjenesteutøvere og ledere sammen bidrar til kunnskapsutvikling og forbedringer i klinisk praksis.

Kunnskapsgenereringen i studien er resultat av et 4-årig aksjonsforsknings samarbeid mellom personalet i ett pleie- og omsorgsdistrikt i en kommune og forsker. Ideen til et deltagende aksjonsforskningsdesign bygger på en optimistisk forutsetning om at det er mulig å forstå og endre praksis i pleie- og omsorgstjenestene gjennom dialoger i et interaktivt forskningssamarbeid med tjenesteutøverne² og deres ledere, og bringe frem ny kunnskap om muligheter og begrensninger i disse utviklingsprosessene (Kemmis og McTaggart 2000; Coghlan og Brannick 2001). Kunnskapsdannelsen er prosessuell og læringsorientert og har et refleksivt - dialektisk praksissyn, der forståelsen av praksis både inkluderer tjenestenes eksterne rammer og subjektive og fortolkede aspekter (Norberg *et al* 1992; Kemmis og McTaggart 2000).

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebasert omsorg omfatter tjenester til mennesker i ulike livsfaser, med ulike behov for hjelp som følge av funksjonshemninger, helsesvikt eller sykdom. I dag har pleie- og omsorgstjenestene i

¹ Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter Lov om helsetjenestene i kommunene av 1982 trådte i kraft 1.mai 1997 (FOR 1997; Kvalitetsforskriften 1997, se vedlegg 1). Revidert i 2003.

² "Tjenesteutøver" anvendes om personalet i pleie- og omsorgstjenestene som i hovedsak har et direkte pasientrettet arbeid. I teksten anvendes også "praktiker og pleier" synonymt.

kommunene vel 210 000 brukere³, hvorav 42 000 bor i institusjoner for eldre og funksjonshemmede og mer 168 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsbolig eller eget hjem (Statistisk sentralbyrå [SSB] 2009). Antallet brukere under 67 år og eldre over 90 år har hatt størst økning det siste ti året (SSB 2009). Antallet brukere og krav til tjenesteutøvelsen gjør tjenestene svært arbeids- og kunnskapsintensive. Det totale antallet årsverk⁴ i pleie- og omsorgstjenestene var i 2008 vel 121 000 (SSB 2009).

1.1 Bakgrunn for studien

Bakgrunnen for å studere kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebasert omsorg var ved studiens forarbeider sammensatt. Først og fremst hadde initiativet til forskningssamarbeidet med kommunehelsetjenesten bakgrunn i en nysgjerrighet på hvordan de nasjonale planene for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (Sosial- og helsedepartementet [SHD] og Statens helsetilsyn 1995;1996; Statens helsetilsyn 1994a; 1997a; 1997b), Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften 1997) og de utfyllende retningslinjene til Kvalitetsforskriften (SHD 1997) kunne implementeres i praksis sett over tid. Videre en undring på hvordan praktikere og ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg så på kvalitetskravene og hvordan høgskolesektoren kunne bidra i utviklingsarbeidet. Min antagelse var at viten om hvordan praktikere og ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg fortolker og kritisk vurderer tjenesteutøvelsen sett i forhold til kravene i Kvalitetsforskriften, ville kunne generere kunnskap av nytteverdi for både utdanning og praksis og kunne bidra til sykepleievitenskaplig utvikling.

Nasjonale mål og utfordringer i pleie- og omsorgstjenestene

Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene har de siste 20 årene hatt en sterk vekst som følge av en økende eldre befolkning (Brunborg og Texmoen 2003) og flere omfattende forvaltningsreformer med overføring av ansvar fra fylke og stat til kommunene, nedbygging av segregert særomsorg og utvisking av grensene mellom institusjon og hjemmetjenester (Stortingsmelding nr 25 (2005-2006)).

Til tross for betydelig ressursinnsats og omorganiseringer etter Handlingsplanen for eldreomsorgen (St. meld nr 50 (1996-97)) erkjente offentlige myndigheter mot slutten av

³ Personer som mottar kommunale tjenester omtales i offentlige dokumenter med fellesbetegnelsen: ”brukere”. I Pasientrettighetsloven som trådte i kraft fra 2001, defineres personer som mottar helsetjenester som ”pasienter”.

⁴ Årsverk er summen av hel- og deltidstillinger og inkluderer vikarer (SSB 2009).

1990- tallet at det fortsatt var brukere som ikke ble gitt den trygghet, pleie og omsorg de hadde behov for (SHD 1997, s. 5). På denne bakgrunn ble kommunene pålagt kvalitetskrav gjennom Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov om helsetjenesten i kommunene og Retningslinjer om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov om sosiale tjenester (SHD 1997). Kvalitetsforskriften og retningslinjene påla ikke kommunene nye oppgaver eller plikter, men tydeliggjorde og utdypet plikter de allerede hadde etter lovverket. Kvalitetskravene var rettet både til den enkelte tjenesteutøver og til tjenesteapparatet som systemkrav. På grunn av store variasjoner i alderssammensetning, geografi og kommunestørrelse ble kommunene oppfordret til å finne frem til hensiktsmessige og gode organisatoriske løsninger tilpasset lokale behov (SHD 1997, s. 7). Betingelsene var at kommunene fant frem til organisasjonsmodeller som kunne skape en helhetlig og fleksibel pleie- og omsorgskjede, og gi brukere med ulike typer behov et tilfredsstillende tjenestetilbud. Betydningen av et tilstrekkelig antall kvalifisert personale for å kunne yte en tilfredsstillende tjeneste ble understreket (SHD 1997).

Å utvikle organisasjonsmodeller tilpasset demografiske endringer med stigende antall eldre og målsettingen om å ivareta de individuelle behovene slik at brukerne føler trygghet i omsorgssituasjonen, var tatt opp allerede i Gjærvollutvalgets innstilling *Trygghet – Verdighet – Omsorg* på begynnelsen av 1990- tallet (NOU 1992:1). Gjærvollutvalget foreslo å desentralisere hjemmesykepleie og hjemmehjelp, som hjemmebaserte tjenester ("lille integrasjon") og samordne de ulike tjenestene i og utenfor institusjon under felles ledelse ("store integrasjon"). Funn fra en observasjonsstudie i hjemmesykepleiernes praksis i en kommune etter denne ordningen var innført i 1995, pekte i retning av at det tradisjonelle hjemmesykepleiearbeidet, basert på kontinuitet i relasjonen mellom sykepleieren og den enkelte pasient og tilpassing av tiltak til pasientenes endrede behov, var i endring (Rugås 1997;1998). For sykepleierne medførte endringene at deres funksjon fra stor grad av direkte sykepleieutøvelse ble endret til i tillegg å være gruppeledere og veiledere for hjemmehjelpere og ufaglært personell. Med økende antall pasienter med sammensatte behov for hjelp erfarte hjemmesykepleierne i studien at omorganiseringsprosessene reduserte den samlede kompetansen i hjemmesykepleien (Rugås 1997;1998). Hjemmesykepleierne uttrykte videre at de hadde behov for faglig ajourføring og det ble ytret ønske både fra ledere og praktikere om mer kunnskap og hjelp for å strukturere utviklingen av tjenestene i ønsket retning (Rugås 1997;1998).

Veksten og desentraliseringen av pleie- og omsorgstjenestene hadde satt tjenestene under press og spørsmål om tjenestene kunne effektiviseres og hvorvidt kapasiteten stod i forhold til befolkningens behov, aksentuerte krav om endringer (Statens helsetilsyn 2003b). Rapporter om svikt i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene fra midten av 90-tallet har også stimulert utviklingen av ulike kontrollsystemer (Statens helsetilsyn 1994a; 1997b; 1998a; 2003a; 2003b). I samfunnsdebatten de siste 20 årene har pleie- og omsorgstjenestenes utvikling blitt omtalt både som et nødvendig svar på den demografiske utviklingen i befolkningen, som en "eldrebølge" og et uttømmelig pengesluk (Sørland og Vaage 1989), og i verdipolitiske sammenhenger som grunnleggende velferdsgoder (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien, Kroken 2002).

Evalueringer etter den nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten som trådte i kraft i 1994, viste at kommunene i motsetning til sykehusene kom sent i gang med de foreslåtte endringstiltakene (SHD og Statens helsetilsyn 1996). På midten av 90-tallet var det samtidig en påfallende mangel i forskningen som belyste utfordringene personalet i disse tjenestene stod overfor i hverdagen når de skulle virkeliggjøre offentlige krav om kvalitet i tjenesteutøvelsen sett over tid (Vike *et al* 2002; Vabø 2002a; 2002b).

Viktige incitament til foreliggende forskningsarbeid var den økende negative mediefokuseringen på midten av 1990-tallet, rapportering om svikt i sykehjem og hjemmebasert omsorg og de samtidige nasjonale kravene om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene (SHD 1997). Oppgaveforskyvningen med raskere utskrivning fra sykehusene (Berg 2002) og nye brukergrupper med omfattende og langvarig behov for hjelp stilte også nye krav til kunnskap i tjenestene, samt utvikling av endringsstrategier som kunne bidra til kvalitet i tjenestene og styrking av personalets kompetanse i praksis (St.meld nr 25 (2005-2006)). Det siste er fokus i denne avhandlingen.

Praksisnær forskning

I strategiplanene fra midten av 1990-tallet har Høgskolen i Buskerud definert forskning og utviklingssamarbeid i regionen som en vesentlig del av personalets arbeid i tillegg til tradisjonell undervisning og veiledning (HiBu 1996). Lærere i sykepleierutdanningen har tradisjonelt hatt ansvar for klinisk veiledning av studentene og hatt regelmessig kontakt med praktikere og ledere både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i regionen. Samarbeidet har imidlertid først og fremst hatt studentenes læring i fokus (Rammeplan for sykepleierutdanning 2000; 2004), mens praksisfeltet har hatt hovedansvar for å sikre den nødvendige kompetanse for utøvelse av profesjonell omsorg og pleie. Dette skillet mellom

profesjonsutdanning og tjenesteutøvelse har i mange år skapt avstand mellom teori og praksis, og konflikter om kunnskapsutvikling i profesjonene (Jensen 1993; Kirkevold 1996; Gortner 2000). Gapet mellom teori og praksis er begrunnet ut fra ulikhetene, hvor vitenskaplige arbeids- og tenkemåte fordrer konsistens i valg av ett perspektiv, mens praksis kjennetegnes av mangesidighet og ofte uklare problemstillinger (Holter 1993b; Kirkevold 1996; Rolfe 1996; Waterman, Webb og Williams 1995). På den annen side er det av essensiell betydning å synliggjøre de ulike kunnskapsformene som er viktige i profesjonsutøvelse og betydningen av disse for utdanning og kompetanseutvikling. Uansett hvordan man velger å definere begrepene teori og praksis, vil disse inngå som sentrale deler i profesjonsrettede studier og i utøvelsen av praktiske fag (Kirkevold 1996).

Begrunnelsen for praksisnær forskning er at man kan få mer kunnskap om hvordan tjenestene er strukturert og organisert og hvordan tjenestene utøves (Kirkevold 1996). Den regionale kontakten mellom profesjonsstudiene ved høgskolene og det kliniske praksisfeltet har slik sett et potensiale for utviklingssamarbeid som er tatt opp i foreliggende studie. Forskningsarbeidet bygget på antagelsen om at de helsefaglige høgskolene er medansvarlige for å sikre den nødvendige kompetanse for utøvelse av profesjonell omsorg og pleie. Antagelsen var også at samarbeid om kompetanseutvikling i praksisfeltet kunne bidra til å redefinere den tradisjonelle lærerrollen med en deltagende aksjonsforsker, en forskerfunksjon som tar hensyn til og gir grunnlag for å studere tjenesteutøvelsen i praksis.

Parallelt med initiativet i foreliggende studie ble forprosjektet (01.03.97-31.12.98) til Undervisningssykehjemprosjektet [USP] startet opp i Oslo i samarbeid med et sykehjem og Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo. I tilknytning til USP ble det dannet et regionalt nettverk med representanter fra høgskoler med videreutdanning i aldring og eldreomsorg for utveksling av ideer om faglig samarbeid innen den kommunale eldreomsorgen, særlig sykehjem (Sellevold og Kårikstad 2000). Formell tilknytning til Undervisningssykehjemprosjektet ble etablert med Høgskolen ved forsker i foreliggende prosjekt.

Lokale forutsetninger

Med bakgrunn i den nasjonale målsettingen om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene (SHD 1997), høgskolens strategiske målsetting om regionalt forsknings- og utviklingssamarbeid (HiBu 1996) og lærererfaringer fra studentveiledning i kommunehelsetjenesten tok vi (3 høgskolelektorer) kontakt med pleie- og omsorgssjefen i ett

praksisfelt ved begynnelsen av året 1998 for å utforske om et lokalt utviklingssamarbeid var ønsket. Utspillet om lokalt FoU-samarbeid ble umiddelbart verdsatt av pleie- og omsorgssjefen i kommunen, og kontakt ble formidlet med interesserte ledere i ett av pleie- og omsorgsdistriktene.

Pleie- og omsorgsledelsen i kommunen⁵ hadde identifisert rekruttering av godt kvalifisert personell og kompetanseutvikling i forhold til allerede ansatt personale som de to viktigste utfordringene mot år 2000. Pleie- og omsorgsavdelingen pekte også på utfordringen i forhold til at mange brukere har komplekse problemstillinger som stiller store krav til personalets kompetanse. Fra midten av 90-tallet hadde kommunen gradvis omorganisert pleie- og omsorgstjenestene for å implementere Gjærvollutvalgets anbefalinger (NOU 1992:1) fra delte tjenester til integrerte arbeidslag. Pleie- og omsorgssjefen og distriktets ledelse anså en fortsatt integrert organisasjonsmodell med arbeidslag som mest effektiv for å møte presset på tjenestene i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Pleie- og omsorgsledelsen i kommunen ønsket også å implementere Kvalitetsforskriftens formål (Kvalitetsforskriften 1997, § 1), men hadde ved studiens forarbeider i 1998 ikke utarbeidet konkrete planer for hvordan kravene i forskriften skulle iverksettes. Vi kom derfor sammen frem til at Kvalitetsforskriften kunne være ett utgangspunkt og en felles vurderingsnorm for utviklingssamarbeidet.

Med de nevnte forutsetninger og Kvalitetsforskriften (1997) som felles verdinorm tok distriktsleder initiativ til samtaler med ledere og praktikere på alle nivåer i distriktet og det ble utformet en foreløpig samarbeidsplan med en sone i pleie- og omsorgsdistriktet som inkluderte tre delarbeider (Aasgaard, Digre og Rugås 1999). Ett av delarbeidene er grunnlag for denne avhandlingen. De øvrige er separate og inngår ikke i foreliggende forskningsarbeid.

1.2 Målsetting og forskningsspørsmål

Med bakgrunn i de beskrevne nasjonale mål for kvalitetsutvikling i helsetjenestene og lokale forutsetninger for forskningssamarbeidet i kommunen, ble følgende mål utformet som overordnet målsetting:

- Å bidra til kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene og styrke personalets kompetanse i sykehjem og hjemmebaserte tjenester
- Å generere kunnskap om kvalitetsutviklingsarbeidets muligheter og begrensninger i utvikling av tjenestene og personalets kompetanse

⁵ For å anonymisere forskningsfeltet er kommunen ikke navngitt.

Kvalitetsutviklingsarbeidets grunnlag i nasjonale mål for pleie- og omsorgstjenestene gav utviklingsarbeidet legitimitet på alle nivåer i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen, på tvers av yrkesgrupper og virksomheter. En overordnet organisasjonsanalyse vil imidlertid ikke bli gitt fokus i denne studien. I stedet søker studien å utvikle praksisnær kunnskap om kvalitetsutviklingsarbeidet.

Ettersom forskningssamarbeidet ble utformet som kvalitetsutviklingsarbeid i en etablert praksis, legges det i avhandlingen vekt på det innledende forarbeidet med forhandlinger om en overordnet målsetting og funksjoner i samarbeidet samt avklaring av lokale rammefaktorer som antall stillinger, antall brukere og pleie- og omsorgstjenestenes organisering i kommunen. Problemstillingene i forskningssamarbeidet var ikke definert på forhånd, men ble i stedet utformet underveis basert på analyser av pleie- og omsorgssituasjoner i tjenesteutøvernes praksis og gjennom kritisk vurdering av tjenestenes lokale organisering. Ved å anvende Kvalitetsforskriftens formål §1 og spesifikke krav til den enkelte tjenesteutøver og tjenesteapparatet § 3 som vurderingsstandard, identifiserte vi sammen både grunnleggende verdier i tjenesteutøvelsen og konkrete problemstillinger for utviklingsarbeidet.

Den praktiske og kritiske arbeidsformen der Kvalitetsforskriften (1997) har funksjon som en felles vurderingsstandard, er begrunnelse for at studien er utformet innenfor et deltagende aksjonsforskningsdesign (Kemmis og McTaggart 2000, Coghlan og Brannick 2001). Deltagende aksjonsforskning innebærer at tjenesteutøvere, ledere og forsker er likeverdige, ikke at man er like (Tiller 2004). Funksjonene i forskningssamarbeidet er heller preget av å være komplementære. I det praktiske kvalitetsutviklingsarbeidet har tjenesteutøvere og lederne først og fremst ansvar for den daglige planlegging og gjennomføring av pleie- og omsorgstjenestene til den enkelte pasient og den daglige organiseringen av pleien, mens forsker har et særlig ansvar for systematisering av data og fremdriften i forskningsprosessen på ulike nivåer. For å kunne delta i forskningssamarbeidet innenfor en lokal kontekst har jeg som aksjonsforsker samtidig et særlig ansvar for å bli kjent med lokale mål og rammeforutsetninger i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen og med den lokale tjenesteutøvelsens praksis og hvordan lokale rammefaktorer påvirker tjenesteutøvelsen. Jeg valgte derfor å anvende deltagende observasjon i ett arbeidslag (felt 1) i den første halvårsterminen for å bli kjent med den lokale tjenesteutøvelsen og tjenestenes organisering. Da distriktslederen ønsket å styrke fokuset på kvalitetsutvikling i hele distriktet, ble forsker

invitert med i planleggingen og gjennomføringen av de årlige seminarene for alle lederne, tverrfaglige representanter og tillitsvalgte for alle sonene i distriktet. Det ble også gjennomført seminar på arbeidslagsnivå for å styrke kjennskapet til Kvalitetsforskriften (1997) og det ble etablert små demokratiske arbeidsgrupper, som i aksjonsforskningslitteraturen omtales som *aksjonsgrupper* inspirert av Jürgen Habermas teori om kommunikativ handling (Habermas 1999a; Coghlan og Brannick 2001). Aksjonsgruppene ble utviklet og prøvet ut på to ulike nivåer i organisasjonen:

- aksjonsgrupper i ett arbeidslag (felt 1)
- aksjonsgrupper med deltagere på tvers av arbeidslag (felt 2).

Aksjonsgruppene fungerte som deltagende forskningsfellesskap i en situert læringsarena (Dysthe 1996; 2001; Säljö 2001; Vygotskij 1978; 2001). I hvert felt ble det identifisert lokale problemstillinger og utarbeidet notater og rapporter fra kvalitetsutviklingsarbeidet underveis som bidro til lokal tjenesteutvikling og kunnskapsspredning i organisasjonen. Forsker bidro også med erfaringsutveksling underveis i samarbeid med kvalitetsrådgiver hos Fylkeslegen i regionen. I avhandlingen vil forarbeidet, prosessene og resultatene fra begge felt bli beskrevet og sammenlignet.

Med bakgrunn i den overordnede målsettingen for forskningssamarbeidet ble følgende forskningsspørsmål utformet for denne studien:

1. Hva kjennetegner organiseringen, forløpet og prosessene i kvalitets- og kompetanseutviklingsarbeidet?
2. Hva virket fremmende og hemmende på arbeids- og læringsprosessene i aksjonsgruppene?
3. Hvilke muligheter og begrensninger har systematisk organisering av arbeidsfellesskap som læringsarena i personalets kompetanseutvikling i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester?

Studiens analyser går tett inn på kvalitetsutviklingsarbeidet i felt 1 og 2, de kommunikative strukturene og læringsprosessene og viser med eksempler forbedringsprosesser og konkrete resultater i tjenesteutøvelsen. Det legges vekt på både muligheter og begrensninger og på nøkkelrollene i kvalitetsutviklingsstrategiene samt samspillet mellom konkrete forbedringer i tjenestene og den enkelte tjenesteutøvers kompetanseutvikling.

Strategien i det deltagende forskningsdesignet innebar at deltagerne stilte kritiske spørsmål ved eksisterende praksis ved hjelp av de spesifikke kravene i Kvalitetsforskriften (1997, §§ 1-3). Kunnskapsutviklingen innebar derfor at man ikke kun bekreftet og utviklet kunnskap om tjenesteutøvernes og ledernes oppfatninger av virkeligheten. Vurderingsnormen var

retningsgivende i forhold til å ta opp situasjoner deltagerne gjerne tar for gitt og sjelden problematiserer til kritisk refleksjon. Den praktiske aksjonsforskningstilnærmingen bygget på denne måten bro mellom teori og praksis og tok samtidig hensyn til det varierte og komplekse i pleie- og omsorgstjenestenes utøvelse og karakter. Forskningstilnærmingen gav samtidig grunnlag for å studere endringer over tid og de ulike kunnskapsformene som eksisterer i pleie- og omsorgstjenestenes praksis (Kemmis og McTaggart 2000; Coghlan og Brannick 2001). Den deltagende forskningstilnærmingen har følgelig ikke kun pragmatiske mål. Hovedhensikten i studiens deltagende design (eng. participatory action research PAR) er å legge til rette for måter å arbeide på som forbedrer tjenestene (eng. enhancement action research EAR) og samtidig bemyndiggjør (empower) tjenesteutøverne i deres funksjon (Kemmis 2001).

1.3 Forskningsfeltet med avgrensinger

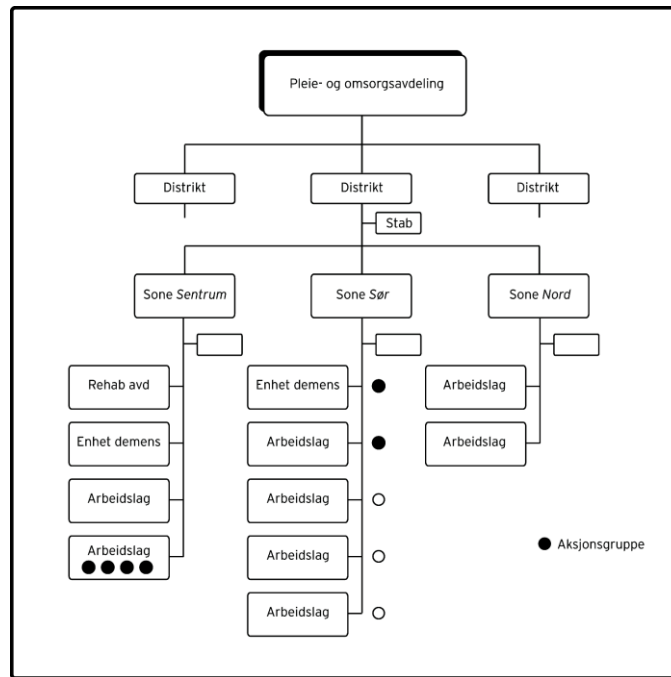
Ved innledningen til forskningssamarbeidet var det vel 2. 200 brukere av pleie- og omsorgstjenester i kommunen, hvorav omlag 500 bodde i institusjon (*Personal- og kompetanseplanen⁶). Kommunen hadde 860 årsverk i pleie- og omsorgstjenestene. Av totale årsverk, fast ansatte hadde omlag 60 % deltidsstillinger og 20 % av budsjetterte sykepleierstillinger var ikke besatt med sykepleiere. Planen over budsjetterte stillinger viste en markant overvekt av hjelpepleierstillinger og færrest tverrfaglige med 3-årig helse- eller sosialfaglig utdanning (tabell 1). Fordelingen mellom yrkesgruppene hadde vært konstant det siste 10 året i kommunen (*Personalplanen 1995).

Tabell 1: Budsjetterte stillinger fordelt etter yrkesgrupper, prosentvis

Sykepleiere (inkl avdelingssykepleier/psykiatrisk sykepleier)	27,6 %
Andre med 3-årig helse- eller sosial faglig utdanning	5,5 %
Hjelpepleiere	41,3 %
Hjemmehjelpere/assistenter/miljøarbeidere	25,6 %

Etter forslag fra pleie- og omsorgssjefen i kommunen og i samråd med en av distriktslederne ble forskningsfeltet avgrenset til ett pleie- og omsorgsdistrikt. Distriktet var delt i tre geografiske soner, hvorav to inngikk i forskningssamarbeidet; sonene ”Sentrum” (felt 1) og ”Sør” (felt 2) (figur 1). Begge sonene hadde om lag 110 årsverk.

⁶ Kommunale og lokale dokumenter fra forskningsfeltet er merket foran med * og ført i separat referanseliste.



Figur 1: Forenklet oversikt over forskningsfeltet ved oppstart av aksjonsgruppene

De geografiske sonene inkluderte sykehjem og hjemmebaserte tjenester med både hjemmesykeleie og hjemmehjelpstjenester. Sonene hadde også spesialiserte avdelinger for rehabilitering, enheter for personer med demens samt dagsentra for eldre. Studiens empiriske arbeider omhandler ikke tjenester til yngre funksjonshemmede og personer med psykisk utviklingshemming, da disse tjenestene var organisert separat. Pleiepersonalet i sonene var organisert i arbeidslag som yter tjenester både i en sykehjemsavdeling og i hjemmebasert omsorg. Arbeidslagene og spesialavdelingene var ledet av avdelingsleder i hver enhet, mens ergoterapeut, sosionom, husøkonom samt merkantilt personale og kjøkkenpersonale var direkte administrert under distriktslederen. Sykehjemslege og fysioterapeut, var organisert under helseavdelingen i kommunen. Vaktmestertjenesten samt renholdspersonalet var også organisert under egne enheter i kommunen.

Felt 1

Forsknings samarbeidet ble innledet i sone: "Sentrum" og avgrenset til samarbeidet med personalet i ett arbeidslag (felt1). Samarbeidet ble innledet med deltagende observasjon og samtaler med tjenesteutøvere i arbeidslaget som ønsket å gå sammen med forsker, og med samtaler med arbeidslagets leder. Etter den oppsummerende analysen i første halvårstermin

ble det etablert *ressursgrupper*⁷ i arbeidslaget og tverrfaglige medarbeidere fra sonen ble invitert til å delta. Det aktive utviklingsarbeidet i ressursgruppene involverte både personalet i turnustjeneste og i delte stillinger, tverrfaglige medarbeidere fra sonen og arbeidslagets leder. Deltagerne i ressursgruppene identifiserte selv temaer/situasjoner i egen praksis som grunnlag for arbeidet i ressursgruppen. Samarbeidet vedvarte fra 1998-2002 (se tabell 2, s. 13). Kvalitetsutviklingsstrategien i felt 1 med *ressursgrupper i arbeidslaget* var da innlemmet i den lokale arbeidsstrukturen i arbeidslaget og gruppene fortsatte sitt arbeid også etter at forskningssamarbeidet var avsluttet.

Felt 2

Forskningssamarbeidet i "Sør" kom i gang etter initiativ fra sonelederen, som høsten 2001 hadde oppnevnt et utvalg bestående av tre sykepleiere og en avdelingsleder, til å foreslå temaer for det kvalitetsutviklende arbeidet i sonen. Personalet i sonen ble deretter fordelt i *grupper på tvers av arbeidslagene* i forhold til de definerte temaene. Begrunnelsen for å innlemme sone "Sør" i forskningssamarbeidet var at de ønsket å prøve ut en annen organisering av kvalitetsutviklingsarbeidet med grupper *på tvers* av arbeidslagene og at dette kunne bidra til å styrke kunnskapsdannelsen i studien ved å kunne kontrastere utviklingen i aksjonsgruppene på to ulike nivåer i organisasjonen: a) aksjonsgrupper i arbeidslaget og b) aksjonsgrupper *på tvers av arbeidslagene*.

I sone "Sør" ble det foreslått 5 temaer, hvorav to grupper inngår i forskningssamarbeidet. Begrunnelsen for avgrensning av gruppene i felt 2 var at temaene hadde grunnlag i Kvalitetsforskriften (1997). Den ene gruppen avsluttet sitt arbeid etter oppsummeringen av erfaringer fra det første halvåret, mens den andre fortsatte til forskningssamarbeidet ble avsluttet i 2002 (se tabell 2, s. 13). Ved avslutningen i felt 2 vurderte deltagerne i denne gruppen at de hadde nådd sine målsettinger og sammen med kollegene i sonen gjennomført et stort endringsarbeid og kunnskapsløft i sonen. Deltagerne i aksjonsgruppen erkjente samtidig at det fortsatt stod igjen uløste oppgaver og utfordret andre kolleger og soneledelsen til å videreføre kvalitetsutviklingsarbeidet. En deltager uttrykte: "Nå har vi gjort vårt – nå synes jeg andre kan overta". I forskningsavslutningen oppsummerte deltagerne derfor sine erfaringer og kom med videre anbefalinger i en lokal rapport til alle enheter i virksomheten. I avslutningsseminarene la deltagerne vekt på sine erfaringer fra oppstarten og arbeidsprosessene i gruppen, og diskuterte både med lederne i sonen og kolleger på tvers av

⁷ Deltagerne i felt 1 gav aksjonsgruppene betegnelsen "ressursgrupper".

arbeidslagene som ville starte på ett nytt utviklingsarbeid, hva som fremmet og hindret fremdriften i kvalitetsutviklingsarbeidet .

Erfaringsutvekslinger i distriktet

Gjennom årlig erfaringsutveksling i de ordinære fag- og ledersamlingene i distriktet ble ideer fra kvalitetsutviklingsarbeidet i alle sonene formidlet og diskutert. Felles rammefaktorer som nye offentlige forskrifter, kommunens mål, og distriktets budsjett og virksomhetsplaner ble også gjort kjent for alle ledere og tillitsvalgte. Dette sikret informasjonsflyten, og stimulerte samtidig til lokale kvalitetsutviklingstiltak i arbeidslagene og de ulike spesialenhetene.

Erfaringsutvekslingen i distriktet ble endret underveis i forskningssamarbeidet som følge av administrative omorganiseringer i kommunen (termin 5-8). Den kommunale omorganiseringen til ”2-nivå modell” i administrasjonen medførte at den tidligere pleie- og omsorgsavdelingen og distriktene ble fjernet (se fig 1, s. 10). De tidligere sonene ble direkte underlagt rådmannen, som omsorgsvirksomheter. Tidligere distriktsleder for sonene: ”Sør”, ”Sentrum” og ”Nord” ble virksomhetsleder for ”Omsorgstjenesten Sentrum”. Tidligere soneleder ”Sentrum” ble virksomhetsleder for ”Omsorgstjenesten Nord”, soneleder ”Sør” fortsatte også som virksomhetsleder for ”Omsorgstjenesten Sør”, mens tidligere soneleder ”Nord” ble fagkonsulent i ”Omsorgstjenesten Sentrum”. Avdelingslederne for arbeidslagene og spesialavdelingene/enhetene innen hver virksomhet fortsatte som tidligere.

De tre omsorgsvirksomhetene fungerte etter omorganiseringen som selvstendige virksomheter, men med noen felles merkantile tjenester. Ved avslutningen av forskningssamarbeidet ble erfaringene og resultatene rapportert til de respektive omsorgsvirksomhetene i ”sør” og ”sentrum”, da det manglet et sentralt koordinerende ledd i pleie- og omsorgsledelsen i kommunen.

1.4 Oversikt over forskningsprosessen

I forarbeidene til studien, før kontakt ble initiert med forskningsfeltet, søkte jeg i litteraturen om nasjonale planer for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (SHD og St. helsetilsyn 1995; 1996; Statens helsetilsyn 1994a; 1997a; 1997b) samt rapporter om konkrete tiltak med tilknytning til Handlingsplanen for eldreomsorgen (St. meld 50 (1996-1997); Slagsvold 1995). Jeg søkte i internasjonal litteratur etter håndbøker og forskningsrapporter der

aksjonsforskning var anvendt i kvalitetsutviklingsarbeid i helsetjenesten, og jeg fant Holter og Schwartz-Barcotts (1993) klassifisering om hva aksjonsforskning er og ikke er som en inngangsport til studien.

Forskningsforløpet har 5 hovedfaser hvorav de fire første er gjennomført i samarbeid med tjenesteutøverne og deres ledere i forskningsfeltet, mens den siste fasen omfatter mine analyser i ettertid (tabell 2).

Tabell 2: Oversikt over forskningsforløpet

Fase 1 Termin 1	Fase 2 Termin 2- 4		Fase 3 Termin 5 - 8		Fase 4 Termin 8/ 9		Fase 5
Forarbeid i felt 1	Etablering og utvikling av demokratiske aksjonsgrupper i ett arbeidslag (felt 1)		Videreutvikling av aksjonsgruppene i arbeidslaget (felt 1)		Oppsummering av erfaringer i aksjonsgruppene, videreføring (felt 1)		Analyse av forløpet og prosessene
	Aksjons syklus 1	Aksjons syklus 2	Aksjons Syklus 3	Aksjons syklus 4	Aksjons syklus 5		
		For- arbeid i felt 2 (t 4)	Etablering og utvikling av demokratiske aksjonsgrupper på tvers av arbeidsslag (felt 2)			Standard- isering og kunnskaps- spredning (felt 2)	Analyse av forløpet og prosessene
			Aksjons syklus 1	Aksjons syklus 2	Aksjons syklus 3		

Fasene er av ulik varighet og har flere parallelle aksjonssykluser. I hver syklus ble spesifikke mål og problemstillinger identifisert og tiltak fulgt opp systematisk i vekslingen mellom læringsfellesskapet i aksjonsgrupper og gjennom arbeidsfellesskapet i arbeidslagene, og ved halvårige oppsummeringer av fremdriften i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Den første fasen omfatter som tidligere beskrevet de innledende forhandlingssamtalene mellom pleie- og omsorgssjefen, distriktets ledere og forsker med foreløpig avklaring av sentrale rammefaktorer og overordnede mål for kvalitetsutviklingsarbeidet. Det empiriske datagrunnlaget bestod i tillegg av kommunale dokumenter og distriktets virksomhetsplaner. Den første fasen dreide seg for meg også om å bli kjent med lokal praksis, og jeg valgte derfor deltagende observasjon som metode der jeg gikk sammen med sykepleiere og hjelpepleiere og jeg samtalte med arbeidslagsleder for å få innsyn i eksisterende praksis sett i lys av formålet og kravene i Kvalitetsforskriften (1997). Gjennom deltagende observasjon og samtalepregede intervju, etnografiske intervju (Sorell og Redmond 1995) med tjenesteutøverne og arbeidslagets leder identifiserte vi sammen grunnleggende verdier i tjenesteutøvelsen og konkrete problemstillinger som grunnlag for kvalitetsutviklingsarbeid (fase1/halvårstermin 1 [t 1]). Resultatene fra analysene i fase 1 er beskrevet av forsker i kapittel 5.

Fase 2 ble innledet med seminarer på distriktsnivå og i arbeidslaget (felt 1) for å gjøre innholdet i Kvalitetsforskriften (1997) kjent for alle. Kvalitetsforskriftens målsetting og innhold og retningslinjer til forskriften (1997) fremstilles i kapittel 2.2.

I felt 1 tok arbeidslagets leder og tjenesteutøverne tak i de konkrete kravene i Kvalitetsforskriften og organiserte 4 grupper. Deltagerne utforsket egen praksis ved å presentere situasjonsbeskrivelser og diskutere disse i ressursgruppene i en ”herredømmefri” refleksjon (Habermas 1999). Etter utprøving med 4 grupper i fase 2 ble turnuspersonalet og faste vikarer i arbeidslaget⁸ innlemmet i aktuelle grupper i fase 3 og 4 og arbeids- og læringsprosessene videreutviklet. Avhandlingens analyser går tett inn på oppstarten i gruppene i kapittel 6 og de interaktive arbeids- og læringsprosessene og resultater i kapittel 7.

Forskningssamarbeidet i sone ”Sør” (felt 2) ble etablert mot slutten av forskningsarbeidets fase 2. Soneledelsen som var kjent med kvalitetsutviklingsarbeidet i arbeidslaget (felt 1) fra presentasjoner på distriktets ledersamlinger i forskningstermin 2 og 4, ønsket å prøve ut en annen organisering av kvalitetsutviklingsarbeidet med grupper på tvers av arbeidslagene. Samarbeidet med tjenesteutøverne kom i gang i forskningstermin 5 etter at sonen hadde definert spesifikke temaer for kvalitetsutviklingsarbeidet. Oppstarten i gruppene og de interaktive arbeids- og læringsprosessene og resultater fremstilles i kapittel 8.

Forskningsprosessen i studien kjennetegnes av at datagenereringen og de fortløpende analysene i stor grad foregikk parallelt og ble gjennomført i samarbeid med ledere og deltagerne i felt 1 og 2. I analysene fra fase 1 til og med 4 anvendte vi i tillegg til møtenotater, systematiske halvårsoppsummeringer for å få øye på de gradvise endringene underveis. De fortløpende analysene og halvårsoppsummeringene med mer distanserte evalueringer beskrives videre i kapittel 4.3. Jeg anvendte ”utforskende logg skriving” (Dysthe 1987), som metode for å *reflektere på refleksjonene* i ettertid, styrke min selvrefleksjon og prøve ut holdbarheten i analysene. I fase 5 analyserte jeg forløpet og prosessene i hver gruppe, og hvordan gruppene samarbeidet med øvrige aktører i organisasjonen ettersom aksjonsforskningstilnærmingen inkluderer både det subjektive, fortolkede og strukturene i organisasjonen (Coghlan og Brannick 2001).

Kartleggingen og analysene fra forarbeidet i felt viste et viktig ikke-reflektert handlingsgrunnlag i tjenesteutøvernes praksis, der mesterlæretradisjonen og medarbeidernes forventninger til hverandre og til lederne kom i fokus. Den teoretiske forståelsen for

⁸ Unntatt personalet på natt som var organisert på sonenivå.

mesterlærtradisjonen beskrives i kapittel 3.3, mens situert læringsteori og Vygotskijs (1978) teori om den potensielle læringssonen anvendes som teoretisk grunnlag for å utforske de sosiokulturelle læringsprosessene i aksjonsgruppene. Læringsperspektivet utdypes i kapittel 3.3.

For å utvikle kunnskap om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene og involvere praktikere og ledere på ulike nivåer i organisasjonen har det empiriske arbeidet strukket seg over flere år. Den praktiske aksjonsforskningstilnærmingen medførte at forskningsprosessen har hatt en vedvarende veksling mellom praktisk utviklingsarbeid med datagenerering i feltet, som også inkluderte refleksjon, litteraturstudier og systematiske oppsummeringer av erfaringer sammen med deltagerne, og en mer distansert og refleksiv analyse av arbeids- og læringsprosessene. Habermas (1999 a) kommunikative teori presenteres som rammeverk for en deltagende aksjonsforskningstilnærming. Underveis har jeg funnet ulike beskrivelser av aksjonsforskningstilnærminger i håndbøker (Gustavsen og Sørensen 1982; Street 1995; Eikeland og Fossetøl 1996; Tiller 1999; Coghlan og Brannick 2001; Winter og Munn-Giddings 2001; McNiff, Lomax og Whitehead 1996; McNiff 2002; Reason og Bradbury 2001; 2006; Furu, Lund og Tiller 2007) og jeg har vedvarende søkt etter ny kunnskap om aksjonsforskningens metodologi og hvordan forskningstilnærmingen kan bidra til kunnskapsutvikling i en klinisk praksis ved å studere ulike aksjonsforskningseksempler, oppsøke anerkjente aksjonsforskere, prøve ut delanalyser ved fremlegg lokalt og nasjonalt og ved bidrag på vitenskapelige forskningskonferanser.

Ulike aksjonsforskningseksempler fra pedagogisk forskning (Bjørnsrud 2004; Tiller 2004, Lund 2007) og fra helsetjenesteforskningen (Holter 1993a, Fagermoen 2002) spesielt innen psykiatrien (Løchen 1976; Hummelvoll 2003; Vatne 2004) samt ulike aksjonsforskningstilnærminger anvendt i sykepleieforskningen i Storbritannia (Greenwood 1994; Hart 1996; Webb, Turton og Pontin 1998; Coghlan og Casey 2001; Reed 2005) og Australia (Street 1995; Chenoweth og Kilstoff 2002; Williamson og Prosser 2002; Lindeman *et al* 2003; Tee og Lathlean 2004; Tutton 2005) har hatt betydning i analysene. Det internasjonale aksjonsforskningsnettverket Collaborative Action Research Network [CARN], og elektroniske e-seminarer for aksjonsforskere ledet av professor Jack Whitehead, Department of Education ved University of Bath (Whitehead 2006) og nyere aksjonsforskningsstudier som tar utgangspunkt i spørsmål om hvordan forskeren kan forbedre egen profesjonell praksis (Whitehead 1999, McNiff 2002, Whitehead og McNiff 2006, Stark

2006) har vært viktige inspirasjonskilder både i samarbeidet med praktikere og ledere i feltet og styrket min selvrefleksjon som aksjonsforsker.

1.5 Avhandlingens oppbygging

Avhandlingens del I introduserer studiens fokus og tilnærming i kapittel 1 og begrepene kvalitet og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene utdypes i kapittel 2. Det teoretiske grunnlaget for forskningssamarbeidet og metodiske overveielser drøftes i kapittel 3 og 4.

Avhandlingens del II omfatter analysene fra kvalitetsutviklingsarbeidet. Den innledende analysen i kapittel 5 (baseline) omfatter identifisering av grunnleggende verdier og utfordringer i tjenesteutøvelsen og arbeidets organisering i ett arbeidslag sett i forhold til Kvalitetsforskriften målsetting og krav. Oppstarten i kvalitetsutviklingsarbeidet med seminarer på distriktsnivå og i felt 1 (kap 6.1), etableringen og den første halvårsoppsummeringen i grupper i felt 1 (kap 6.2 og 6.3), samt utviklingen av den lærende samtalestrukturen som kjennetegner samtalestrukturen i alle gruppene (kap 6.4). Analysene av forløpet og prosessene i kvalitets- og kompetanseutviklingsarbeidet fremstilles som læringsdimensjoner i felt 1 i kapittel 7, og i felt 2 i kapittel 8. Denne delen av avhandlingen gir svar på forskningsspørsmål 1: Hva kjennetegner organiseringen, forløpet og prosessene i kvalitets- og kompetanseutviklingsarbeidet?

Avhandlingens del III bygger videre på analysene i del II, og oppsummerer først kjennetegnene og forutsetningene ved kvalitetsutviklingsarbeidet i kapittel 9.1, deretter hva som virket fremmende på kvalitetsutviklingsarbeidet og læringsprosessene i kap. 9.2 – 9.4 og motsatt, hemmende på kvalitetsutviklingsarbeidet og læringsprosessene i kap 10. Fremstillingen i kap 9 og 10 gir svar på forskningsspørsmål 2: Hva virket fremmende og hemmende på arbeids- og læringsprosessene i aksjonsgruppene? I tillegg fremstilles en analyse av personlige arbeidsmapper som et mulig verktøy i deltagerens individuelle læringsbaner i kap. 9.5.

I det avsluttende kapitlet trekkes studiens funn sammen i diskusjonene om lærende fellesskap, og hvordan resultatene fra studien og annen litteratur og forskning kan brukes videre i organisering av systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Fremstillingen er svar på forskningsspørsmål 3: Hvilke muligheter og

begrensninger har systematisk organisering av arbeidsfellesskap som læringsarena i personalets kompetanseutvikling i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester?

Dette kapitlet tar også opp hvordan det metodiske aksjonsforskningsarbeidet har støttet og utfordret kunnskapsgenereringen og analysearbeidet. Da strategiene i forskningsarbeidet er utviklet innenfor et deltagende aksjonsforskningsdesign, har jeg valgt å la deltagerens *stemme* fremtre ved hjelp av sitater både i analysene og i diskusjonene.

KAPITTEL 2 KVALITET OG KVALITETSUTVIKLING

I innledningskapitlet ble nasjonale mål og utfordringer i pleie- og omsorgstjenestene etter handlingsplanen for eldreomsorgen (St meld 50 (1996-97)) presentert som bakgrunnen for studien. Jeg beskrev også hvordan Forskrift om kvalitet for pleie- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften 1997) ble valgt som vurderingsstandard i forskningssamarbeidet. I dette kapitlet gjøres det rede for kvalitetsutviklingsbegrepet og innholdet i Kvalitetsforskriften (1997), formålet og de spesifikke kravene til den enkelte tjenesteutøver og til tjenesteapparatet i kommunen. Kvalitetskravene beskrives både i lys av helselovgivningen og i et sykepleiefaglig perspektiv der både faglige og moralske dimensjoner vektlegges i tillegg til systemkravene. I kapitlet presenteres også nasjonale kvalitetsinitiativ, og tidligere forskning diskuteres som grunnlag for tilnærmingen i kvalitetsutviklingsarbeidet i studien. I kapitlet pekes det på at kvalitetsbegrepet anvendes i ulike sammenhenger og ikke er entydig, og at det kan være vanskelig å finne gode mål for standarder på kvalitet, og for hvilke metoder man kan anvende til å måle om kvaliteten i pleien er god nok.

2.1 Kvalitet, utvikling og kvalitetsutvikling

Da kvalitet og kvalitetsutviklingsbegrepet i pleie- og omsorgstjenestene anvendes både om minimumsstandarder eller *godt nok* og som uttrykk for ønskelig eller *best praksis*, fordrer anvendelsen av begrepene en nærmere avklaring. For å klargjøre betydningen i det sammensatte kvalitetsutviklingsbegrepet, presenterer jeg først innholdet i begrepene kvalitet og utvikling ved hjelp av begrepens etymologi (ordhistorie) og synonymer.

Kvalitet

I hverdagsspråket knyttes kvalitet vanligvis til en positiv valør, som beskriver gode eller eksellente egenskaper. *Kvalitet* knyttes både til egenskaper ved personer som *kvalitetsbevissthet*, til produkter som *kvalitetsprodukter* gjerne klassifisert med en gitt kvalitetsstandard og til tjenester som *kvalitetsarbeid*. Kvalitetsbegrepets etymologi viser også til opprinnelsen ”egenskap” som er avledet fra latin *qualis* og betydningen ”hvordan” (Bokmålsordboka: Landrø og Wangesteen 1986). Mens egenskaper viser til personens

karaktertrekk, eller det særskilte ved et produkt eller tjeneste, gjerne med tilleggsbetydningen god eller svært bra, viser hvordan til utførelsen og betydningen på hvilken måte (ibid).

Det er interessant å legge merke til at det ikke eksisterer klare antonym til kvalitetsbegrepet. Deming (1982) introduserer uttrykket ”dis-quality” som en motsatt representasjon. I helsefaglig litteratur anvendes gjerne dårlig eller utilstrekkelig kvalitet som den underforståtte motsatte betydningen (Attree 1996). Helsetjenesteforskere peker videre på at hva som er godt nok, kan oppleves forskjellig fra pasient, pårørende og helsepersonellens side (Vabø 1998). Kvalitetsbegrepet anvendes også om standardiserte *kvalitetskontroller* ved klassifisering av produkter og tjenester, og om *kvalitetsvurderinger* knyttet til internasjonale standarder, som ISO sertifisering⁹, retningslinjer eller forskrifter som beskriver både målbare egenskaper og kvalitative verdier. I Norsk Standard (2000) defineres kvalitet som ”helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov”. *Kvalitetskrav* i form av standarder og retningslinjer kan beskrives som frivillige (Brunsson og Jacobsson 2000), mens forskrifter er hjemlet i lovgivningen som påbud. Det siste innebærer forventninger om interne *kvalitetssikringstiltak* og *kontroll* fra offentlige myndigheter (SHD 1997).

Utvikling

Utviklingsbegrepets etymologi viser at *utvikling* kommer fra tysk *auswickeln* og *entwickeln*, etter fransk *developper* og latin *evolere* som viser til betydningene 1) *danne, frambringe*, 2) *endre, gradvis omdanne, modne* og 3) *legge frem, gjøre rede for, forklare* (Bokmålsordboka: Landrø og Wangesteen 1986). Mens verbet *danne* viser til betydningen ”gjort” eller ”hvordan”, har *endre* opprinnelse fra det tyske ordet *annen* med betydningen ”forandre” eller ”gjøre annerledes”, mens den tredje *legge frem* eller *forklare* viser til betydningen ”å gjøre forståelig” (ibid).

Utvikling har synonymer som *forløp*, *prosess*, *modning*, *progresjon* og *vekst* (Gundersen 1992). Utvikling i betydningen *vekst* innebærer vanligvis gradvis økning i forhold til bestemte kriterier, som for eksempel *kostnadsvekst*, mens *modning* i større grad assosieres med utvikling som basis fra medfødte egenskaper, hvor *modning* kun skjer dersom visse betingelser oppfylles, som for eksempel en persons moralske *modning*. Fellestrekk for alle synonymene er at de refererer til en eller annen form av *forandring som krever tid* (van

⁹ International Organization for Standardization (ISO) er den største organisasjonen for sertifisering av kvalitetssystemer.

Haften *et al* 1997). Vanlig anvendte antonymer til utvikling er følgelig stagnasjon, stans eller stillstand.

Selv om synonymene har visse fellestrekk, er begrepsinnholdet ikke identisk. Poenget er at mens vekst referer til mer eller mindre av det samme, rommer utvikling ideen om noe nytt. Utvikling bærer med andre ord i seg en bibetydning av kvalitativ eller strukturell forandring hvor det er mulig å skille ut to eller flere faser i en utviklingsprosess (van Haften *et al* 1997). Overgangene kan komme gradvis og behøver ikke innebære godt synlige overganger mellom hver fase. Poenget er heller at det ved ett eller flere tidspunkt i utviklingsprosessen er mulig å identifisere et resultat som er kvalitativt forskjellig fra tidligere. Nye faser dukker med andre ord ikke bare opp. De utvikler seg fra foregående fase. Ikke nødvendigvis som en omforming, fordi den nye fasen ofte tilfører kvalitativt nye komponenter. De senere faser er formet med basis i de foregående. Utviklingsprosessen har ingen bestemt slutt, og kan best forstås retrospektivt (van Haften *et al* 1997, s. 169). Brukt på denne måten kan flere faser identifiseres som årsak og begrepsmessig forbundne deler i en utviklingssekvens (van Haften *et al* 1997, s. 18). Van Haften *et al* definerer derfor den kvalitative forandring som hovedkriterium for utvikling.

Kvalitetsutvikling

Med bakgrunn i den etymologiske utlegningen av begrepene ”kvalitet” og ”utvikling” kan det sammensatte begrepet ”kvalitetsutvikling” defineres som en gradvis endringsprosess som resulterer i en eller flere kvalitative endringer eller kvalitative stadier som forstås retrospektivt betinget av tidligere stadier. Kvalitetsutvikling kan i denne sammenhengen knyttes til både tjenestenes utvikling og tjenesteutøvernes personlige og kollektive kompetanseutvikling. I kritikken av kvalitetsutviklingsbegrepets anvendelse og fortolkning i helsefaglige kontekster ble det tidlig tatt til orde for at det er viktig å definere kvalitetsbegrepet vidt nok og smidig nok (Haugen 1992).

Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene skjer i en organisasjonskontekst, som kjennetegnes av ekspansjon, mangfold og krav om omstilling for hele tiden å forbedre tjenestene (SHdir 2005). Alt dette stiller nye krav til enkelt personer som må lære komplekse ferdigheter og endre funksjoner. Med økende kompleksitet i pleie- og omsorgstjenestene og samtidige økonomiske innstramminger stilles personalet overfor store krav hvor det blir særlig viktig å samarbeide om løsninger og til å lære sammen av det man gjør på en systematisk måte. Kvalitetsutviklingsarbeid kan dreie seg om kvalitetssikring av eksisterende

tjenesteutøvelse og om å forbedre tiltak man allerede gjør. Det kan også dreie seg om å lære noe nytt, endre forståelse og utvikle nye arbeidsformer (Eikeland og Berg 1997).

For å kunne bidra til kvalitetsutvikling tilpasset lokale behov, samtidig som kvalitetskravene ivaretas, er det nødvendig både å utnytte og utvikle den kunnskapen og kompetansen som finnes blant tjenesteutøverne og ledere på alle nivåer i organisasjonen. Slik kunnskap er ofte erfaringsbasert og sjelden artikulert. I systematisk kvalitetsutviklingsarbeid er det derfor avgjørende å kunne nyttiggjøre seg av erfaringene fra ulike aktører gjennom ulike former for deltagelse og læring (Eikeland og Berg 1997).

Studiens teoretiske læringssyn utdype i kapittel 3.3 og de metodiske grepene i aksjonsforskningstilnærmingen som skal fremme læring og kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, samt personalets kompetanse utdypes i kapittel 4.

2.2 Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene

I den offentlige debatten på midten av 1990-tallet og i rapporter fra både sykehjem og hjemmebasert omsorg kom det frem at situasjonen i eldreomsorgen var høyst forskjellig fra den ene kommunen til den andre. Mens små kommuner hadde godt utbygde tjenester hadde særlig storbyene et stort gap mellom behov og etterspørsel (Daatland 1995). Erkjennelsen var at mottakere i pleie- og omsorgstjenestene ikke ble gitt den trygghet, pleie og omsorg de har behov for (SHD1997, s. 5). Dette var viktige begrunnelser for at myndighetene vedtok Kvalitetsforskriften i 1997.

I foreliggende studie valgte vi Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov om helsetjenesten i kommunene (Kvalitetsforskriften 1997¹⁰) som vurderingsstandard for kvalitetsutviklingsarbeidet. Begrunnelsen for dette var at forskriften er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, og at kommunen derfor er forpliktet å sette i verk systematiske tiltak for å sikre og dokumentere at tjenestene utføres i samsvar med myndighetskravene (SHD 1997).

Presentasjon av Kvalitetsforskriften

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter Lov av 19. november 1982 om helsetjenesten i kommunene, trådte i kraft 1. mai 1997 (vedlegg 1).

¹⁰ Kvalitetsforskriften fra 1997 ble anvendt i forskningssamarbeidet. I de senere analysene inngår også den reviderte forskriften fra 2003.

Forskriften retter seg mot alle mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester (§ 2) uavhengig av alder, bosted og årsaker til behov for pleie- og omsorgstjenester (SHD 1997, s. 7). Etter en revisjon i 2003 ble også tjenester etter Lov om sosiale tjenester (Sosialtjenesteloven 1991) hjemlet i Kvalitetsforskriften.

Kvalitetsforskriften skal bidra til å:

“sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel ” (Kvalitetsforskriften 1997, § 1).

Formålsparagrafen vektlegger grunnleggende velferdsprinsipper, som inkluderer ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov og samtidig det moralske synspunktet at menneskets egenverd og livsførsel skal respekteres. Ivaretagelse av grunnleggende behov kan forstås som kjennetegn på et universelt krav som gjelder tjenester til alle personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven. Kvalitetskravet inneholder imidlertid også kravet om respekt for den enkelts livsførsel, altså en individualisering. I revisjonen av Kvalitetsforskriften i 2003 ble selvbestemmelsesretten tilført i formålsparagrafen, § 1:

”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets *selvbestemmelsesrett*, egenverd og livsførsel”. (Kvalitetsforskriften 2003, § 1).

Forskriftens § 3 beskriver oppgaver og innhold i tjenestene på to nivåer; kommunen og tjenesteyter. Kommunen skal utarbeide et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- ”tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, tas med på råd ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.” (Kvalitetsforskriften 1997, § 3)

Kravet om et system av prosedyrer, eller et såkalt kvalitetssystem, er et styringsverktøy som skal inngå i organisasjonens internkontroll og kvalitetssikringsrutiner (SHD 1997, s. 20-21). Det er samtidig viktig å understreke forskriftens krav til den enkelte yrkesutøver. Det er både tjenesteapparatet som helhet, inklusive ledere i organisasjonen, og personalet i de direkte utøvende tjenestene som sammen ivaretar ansvaret for at tjenestene planlegges og gjennomføres i samarbeid med den enkelte bruker. Det individuelle ansvaret den enkelte

tjenesteyter har etter Kvalitetsforskriften (1997) er senere forsterket i forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 (Lov om helsepersonell 1999).

For å løse de oppgavene som er nevnt foran, fordrer kvalitetsforskriften (§ 3) at kommunen utarbeider skriftlige nedfelte prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstilt grunnleggende behov. Forskriften spesifiserer ikke kravet til skriftlige dokumentasjonssystemer utover det generelle kravet om internkontrollrutiner, men konkretiserer hva ivaretagelse av grunnleggende behov blant annet kan innebære:

- ”Oppleve trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet
 - Mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg
 - Grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
 - Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
 - Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
 - Tilpasset hjelp ved av- og påkledning
 - Følge en normal døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold
 - Mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv
 - Mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
 - Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne
 - Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
 - Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
 - En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.”
- (Kvalitetsforskriften 1997, § 3)

Oversikten i § 3 viser både til subjektive opplevelser (opplevelse av trygghet, forutsigbarhet og respekt), kroppens funksjonsområder (ernæring, personlig hygiene, eliminasjon), aktivitet og sosialt samvær, omgivelser (trygge og rolige) og intervensjoner (tilpasset hjelp, tilbud, mulighet for) knyttet til ivaretagelse av helse, medisinsk behandling og livsavslutning. Ettersom konkretiseringen i § 3 ikke er fullstendig, og *nødvendig* medisinsk behandling, rehabilitering og pleie ikke er entydige begreper, er utvikling av felles rammeverk for dokumentasjon av kartlegging og vurdering av sentrale funksjonsområder, helse og helserelaterte problemer av vesentlig betydning både for tjenesteapparatet som helhet (kommunen) og den enkelte yrkesutøver. Faglige vurderinger om hvor mye helsehjelp som ansees nødvendig, er på den annen side betinget av faglig skjønnsutøvelse. Faglig gransking og skjønn utdypes i kapittel 2.4.

Brukermedvirkning gir ikke rett til bestemte tjenester

Kvalitetsforskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov. Utformingen av Kvalitetsforskriften gir grunn til å peke på at den stiller først og fremst prosessuelle krav, og gir ikke mottakere av tjenestene rett til bestemte tjenester (Kjønstad og Syse 2005).

Velferdsretten skiller mellom retten til *øyeblikkelig hjelp* når det er *påtrengende nødvendig*, som etter helsepersonelloven § 7 skal ytes straks, og *nødvendig helsehjelp* som i kommunehelsetjenesteloven ikke har regler om når kommunen skal yte tjenestene. Det er kommunen og ikke den enkelte helsearbeider, som er pålagt plikten til å yte hjelp etter § 2-1 (Kjønstad og Syse 2005, s. 195), mens den enkelte helsearbeider, som er ansatt i kommunen opptrer på kommunens vegne. Ett grunnprinsipp i helseretten er at helsearbeideren plikter å ”utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes” etter Helsepersonelloven § 4 (Kjønstad og Syse 2005, s. 198). Forventningene knyttes til utdanningsbakgrunn og erfaring. Det sykepleiefaglige aspektet utdypes i kapittel 2.4.

Kvalitetsforskriftens målsetting og konkretiserte krav, hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, kan sees som uttrykk for en politisk målsetting som skal styrke brukernes medvirkning i planlegging og gjennomføring av pleien (§ 1-3). I revisjonen av Kvalitetsforskriften i 2003 ble selvbestemmelsesretten lagt til i formålparagrafen (Kvalitetsforskriften 2003, § 1). Retten til helsetjenester er etter FNs internasjonale konvensjoner om menneskerettigheter noe vi tar for gitt i det norske velferdssamfunnet. Vi vet samtidig at noen ikke får dekket sine grunnleggende behov (HOD 2009), og spørsmålene som da dukker opp er om man har juridisk rett til å få helsetjenester i kommunen og om det eksisterer en nedre grense for hvor lite hjelp kommunen kan yte, en såkalt minstestandard. Kommunehelsetjenesteloven setter ingen grenser i forhold til helsehjelpens omfang. Nødvendig helsehjelp slik det er formulert i kommunehelsetjenesteloven må likevel oppfattes som et strengt kriterium (Kjønstad og Syse 2005, s.197). Hvilket nivå vi skal ha på helsetjenestene er et politisk spørsmål, hvor målsettinger i sentrale helsepolitiske dokumenter gir veiledning (Kjønstad og Syse 2005, s.198). Det er samtidig et etisk spørsmål om hvordan mennesker skal leve i en velferdsstat. Faglige, etiske og juridiske momenter må derfor tillegges vekt for å avgjøre om helsetjenestene holder forsvarlig standard.

Organisering og kompetanseutvikling

Kvalitetsforskriften og kommunehelsetjenesteloven gir ingen føringer om *hvor* helsehjelpen skal ytes og heller ikke *hvordan* kommunene skal organisere tjenestene. I prinsippet står kommunene fritt til å velge organisasjonsmodeller som skaper en helhetlig og fleksibel pleie- og omsorgskjede. Kvalitetskravet ”at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid” (§ 3), vil fordre at brukerens behov kartlegges og at tjenestene er forutsigelige for brukerne. De nasjonale retningslinjene til forskriften understreker at organisering av tjenestene må tilpasses lokale behov, og demografiske endringer i den enkelte kommune (SHD 1997). I valget mellom å styrke institusjonstjenesten eller videreutvikle hjemmebasert omsorg, kan kommunene også legge vekt på økonomiske hensyn dersom valget av ulike hjelpeformer anses som forsvarlige (Kjønstad og Syse 2005, s. 200).

I retningslinjene til Kvalitetsforskriften gis ingen spesifikke krav til personalets kompetanse (SHD1997). Det understrekes at kommunene må ha det nødvendige antall kvalifisert personale for å kunne yte en tilfredsstillende tjeneste (SHD 1997:7).

2.3 Nasjonale kvalitetsinitiativ og strategier

Da Kvalitetsforskriften ble introdusert for kommunene i 1997, var noen få kommuner alt i gang med etablering av interne kvalitetsutviklingssystemer. Sammenlignet med sykehusene var kommunene kommet kort i forhold til oppfølgingen av Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten fra 1994 (Statens helsetilsyn 1994a; SHD og St. helsetilsyn 1996). Statens helsetilsyn foreslo på bakgrunn av evalueringen fra 1995, økt satsing på opplæring og følgende prinsipper for videre utviklingsarbeid:

- At øverste ledelse tar initiativ til og koordinerer kvalitetsutviklingsarbeidet
- At tverrfaglige kvalitetsutvalg/grupper deltar i prosess og utviklingsarbeid
- At medarbeidere får ansvar for konkrete arbeidsområder knyttet til utvikling av kvalitetssystemet
- At kvalitetsutviklingsarbeidet må bli en del av det daglige arbeidet i virksomheten og at det settes av tid til konkret arbeid i arbeidstiden
- At det er politisk vedtak på kvalitetsutviklingsstrategien og styrende dokumentasjon (Statens helsetilsyn 1997b, s. 19)

I de statlige anbefalingene ble ledelsens ansvar poengtert. Det var imidlertid ingen klare anbefalinger om resultatnivå, eller forslag om samarbeid med brukere/pasienter eller undersøkelser av pasientenes tilfredshet med tjenestene (Statens helsetilsyn 1997b).

Utredningene foreslo i tråd med prinsippene fra total kvalitetsledelse (TKL) at medarbeidere engasjeres (Norsk Sykepleierforbund [NSF] 1991; Statens helsetilsyn 1998c; Sivertsen og Wig 2000).

Helsetilsynets tilsynserfaringer med de kommunale helsetjenestene i pleie- og omsorgssektoren fra 1998-2003 viste at det fortsatt var store forskjeller mellom kommunene (Statens helsetilsyn 2003a). Flere kommuner rapporterte om manglende ressurser, og en rekke studier innenfor pleie- og omsorgstjenestene påpekte manglende samsvar med de offentlige forventningene (Statens helsetilsyn 2003a;2003b; Næss 2005). Med økende kompleksitet og krav om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene oppfordres kommunene fortsatt til å styrke lederopplæringen og kvalitetssikre tjenestene (St.meld 45 (2002-2003); St. meld 25 (2005-2006)).

Harde og myke kvalitetssystemer

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten 1995-2001 hadde som hovedmål at ”alle som yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000” (SHD og Statens helsetilsyn 1995). Innføring av internkontroll var ett ledd i denne satsingen. I gjennomføringen av strategien ble det også lagt vekt på at virksomhetene skulle utvikle en kvalitetskultur og arbeide for kontinuerlig forbedring (SHD og Statens helsetilsyn 1996; Sos- og helsedir 2005). Forskning om hvordan de nasjonale kvalitetsstrategiene har slått gjennom, skiller gjerne mellom ”harde” og ”myke” kvalitetssystemer (Berg og Lauvdal 2001; Berg 2002; Berg, Heen og Hovde 2003). De ”harde” er basert på strukturelle kriterier med anvendelse av kvantifisering og kontroll, rutiner og avvikshåndtering, mens de mykere variantene er basert mer på prosesskriterier og arbeidstagernes medvirkning i kontinuerlig forbedringsarbeid og legger mindre vekt på standardisering og rutiner (se tabell 3).

Tabell 3: ”Harde og myke” systemer i kvalitetsutviklingsarbeid

”HARDE SYSTEMER”	”MYKE SYSTEMER”
Standardisering og systemkrav	Brukermedvirkning og individualisering
Intern kontroll av sentrale prosedyrer i virksomheten (struktur kriterier)	Kontinuerlige forbedringsprosesser og evaluering av individuelle behov (prosess kriterier)
Administrativt fokus	Møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i fokus
Styring av ressurser innenfor budsjetterte rammer	Tilpassing av tjenester til skiftende behov/fleksibilitet – kompetent skjønnsutøvelse
”top down” tilnærming	”bottum up” tilnærming

For å synliggjøre ulike tilnærminger, er kvalitetssystemene fremstilt i ytterpunkter (Tabell 3). Mange velger å integrere elementer fra ulike kvalitetsideer eller teknikker og tilpasser disse til organisasjonens behov og daglige drift (Berg og Lauvdal 2001).

En gjennomgang av de statlige myndigheters initiativ fra midten av 1990-tallet viste at man har satset på den ”harde” varianten når man har utviklet spesifikke kvalitetssystem i Norge (Berg og Lauvdal 2001). Det vil si systemer som i hovedsak er opptatt av å standardisere rutiner og prosedyrer, og at kvalitetssikringen består i å utøve kontroll gjennom å etterse at standarden etterfølges (Berg 2002, s. 90). Implementeringen av ISO-9000 standarden i statlig virksomhet er et eksempel på slike detaljerte beskrivelser. (I forskningsfelt 1 kontrollerte for eksempel personalet regelmessig temperaturen i kjøleskapet fordi avdelingskjøkkenet i sykehjemmet inngår i en offentlig virksomhet.) Standardisering av rutiner i store komplekse systemer som pleie- og omsorgstjenestene er også begrunnet ut fra ønsket om å sikre likeartede tjenester og behandling. Den statlige tilsynsordningen med systemkontroll i kommunehelsetjenesten, har avdekket en rekke avvik i forhold til myndighetskravene som har vist at det er nødvendig å etterse om kravene til tjenesteutøvelsen ivaretas på en tilfredsstillende måte (Statens helsetilsyn 2003a; 2003b).

Mykere varianter, som baserer seg på kontinuerlig kvalitetsforbedring og medarbeidernes delaktighet i utviklingsprosessene, med mindre målinger og kontroll har mer sjelden vært satt i system i de statlige initiativene (Berg 2002, s. 90). Manglende kunnskap om effekten av systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i horisontalt organiserte prosesser begrunner foreliggende studie.

Berg (2002) peker på at nettverksbygging gjennom dialoger på tvers av den etablerte byråkratiske logikk med tilnærminger ”bottum up” kan virke utfordrende i hierarkiske organisasjoner. Rigide byråkratiske strukturer kan følgelig skape problemer for brukerorienterte, fleksible og kontinuerlige strategier i forbedringsprosesser (Berg 2002, s. 90). Det paradoksale i dette utviklingsperspektivet er på den ene siden at standardiserte rutiner, prosedyrer og sertifisering (f. eks ISO standard) oppfattes som et kvalitetsstempel som bidrar til å skape tillit og legitimitet mot omgivelsene, mens for sterk regulering og standardisering på den annen side kan bidra til å sette tjenesteutøvernes skjønnsutøvelse og individualiserte omsorg til side (Thorsen, Dahle og Vabø 2001; Berg 2002). Kritisk forskning peker også på at utvikling av kontroller kan opphøyes til å bli ett mål i seg selv (Furusten 2002). Erfaringer fra organisasjonsforskningen peker også på at det er en vanlig motsetning mellom ledelse og de ansatte når det gjelder kvalitet (Berg, Heen og Hovde 2003). Ulikhet i

ståsted mellom tjenesteutøvere og ledelsen, kan også beskrives som motstridende kulturer, hvor grupper av aktører utvikler ulike menings- og handlingsfellesskap (Berg, Heen og Hovde 2003, s. 11). Gapet mellom nivåene i organisasjonen og uenighetene kan ha stor betydning for tenkemåtene og handlingsmønstrene i et utviklingsarbeid. Ingen av disse perspektivene ivaretar en helhetlig orientering alene.

Internasjonal forskning

Når det gjelder effekten av kvalitetsutviklingsstrategiene er det primært nasjonale initiativ og hvordan disse har vært implementert i Norge som er omtalt så langt. Når det gjelder internasjonal forskning som kan belyse effekten av nasjonale kvalitetsutviklingsstrategier, ser det ut til å være mange felles trekk når det gjelder å styrke kvaliteten i tjenestene til eldre mennesker i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester (Popejoy *et al* 2000; Reed *et al* 2003; Wagner *et al* 2003). I Storbritannia har det på samme måte som i Norge vært satt i verk en rekke tiltak på 90-tallet med utvikling av nasjonale helseplaner (Department of Health [DoH] 2000) og standarder som setter krav til helsetjenestens ledere og den enkelte yrkesutøver. Økende oppmerksomhet på kvalitet i sykehjem har også stimulert utviklingen av teoretiske modeller og kvalitetsindikatorer som kan gi grunnlag for måling av kvalitet (Rantz *et al* 1998; 1999; 2005).

En omfattende internasjonal gjennomgang av eksisterende kunnskap på slutten av 1990-tallet basert på empiriske studier, psykologiske adferdsmodeller og casestudier, utviklet for å endre profesjonell praksis konkluderte at spredning av kunnskap ikke er tilstrekkelig for å endre praksis (National Health Services [NHS] 1999). Omfattende forskningsaktiviteter med utvikling av kliniske retningslinjer, elektroniske databaser som Cochrane Library og ulike nasjonale retningslinjer, vil være bortkastet om ikke praktikere endrer praksis (NHS 1999). Med bakgrunn i denne omfattende gjennomgangen av eksisterende kunnskapsbase oppsummerte NHS Centre for Reviews and Dissemination at det er nødvendig med en mangesidig og systematisk tilnærning for å kunne endre profesjonell praksis. De understreket at ethvert forsøk på å få til endring først må inkludere en ”diagnostisk analyse” der data samles inn gjennom en kombinasjon av uformelle samtaler og spesifikke intervjuer eller surveys (NHS 1999, s. 1). Analysen bør også inkludere hvilke grupper som antas å bli influert av endringene i praksis, vurdering av foreslåtte endringer, helsepersonellens forberedthet på endringsprosesser, identifisering av potensielle eksterne barrierer samt identifisering av fremmede faktorer, ressurser og ferdigheter. Valg av intervensjoner bør så være utledet av denne analysen og av relevant forskningskunnskap (NHS 1999). Denne sammensatte

forståelsen for kvalitetsforbedringsarbeid, er også grunnleggende for valg av tilnærming i foreliggende studie.

2.4 Kvalitetsutvikling i et sykepleiefaglig perspektiv

I Kvalitetsforskriften fokuseres det på personenes grunnleggende behov, og det gies konkrete eksempler på hva ivaretagelse av grunnleggende behov innebærer (§ 3). Dette formålet er forenlig med sykepleiens tradisjonelle perspektiv, hvor Virginia Hendersson (1960) sier at:

”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson 1960).

Ettersom sykepleierens oppmerksomhet er rettet mot de daglige gjøremålene er hjelpen praktisk, og kvaliteten i handlingen uttrykkes i konkrete situasjoner og i relasjonen mellom tjenesteutøveren og den som trenger hjelpen. Martinsen (1990a;b) understreker at i tillegg til det praktiske og relasjonelle aspektet kjennetegnes omsorg i profesjonelle sammenhenger av at det er omsorgsgiveren som bærer ansvaret for situasjonene. Det moralske ansvaret innebærer å handle til den andres beste og gjøre det i respekt for den andre (Martinsen 1990a;1990b).

Et sykepleiefaglig tenkningsgrunnlag i kvalitetsutviklingsarbeid i pleie- og omsorgstjenestene vil følgelig ha fokus rettet mot tre sammenvevde prosesser:

- Praktiske handlinger
- Relasjonen mellom tjenesteutøver og pasient
- Omsorgens moralske aspekter

Kvalitet i praktisk handling kan dreie seg om hvordan tjenesteutøveren ivaretar et håndgrep som å støtte en gammel person fra seng til stol, stelle et sår eller tilrettelegge og gjennomføre et fullt morgenstell. Ivaretagelse av individuelle ønsker i forhold til de daglige gjøremålene kan også innebære å imøtekomme foretrukne handlingsrekkefølger, som f. eks at tannpuss gjøres etter (og ikke før) frokost eller å spise en lett frokost på sengen før morgenstellet.

Tjenesteutøverne må også ivareta mer enn en pasient og derfor prioritere behovene og tiden.

Å vurdere pleiens kvalitet innebærer først og fremst at pasienten er fornøyd, hevder Norberg (Norberg *et al* 1992, s. 89) som understreker at pleien må tilpasses ut fra pasientens situasjon og behov. Kvalitet i pleien er slik sett knyttet til den situasjonen pasienten befinner seg i, hvilken sykdom pasienten har og i hvilket stadium sykdommen er (akutt eller kronisk). For pasienter med samme sykdom kan god omsorg være ulik avhengig av om pasienten kan

fungere selvstendig med sin sykdom eller om han trenger hjelp (Norberg *et al* 1992). Personalet skal på sin side utføre pleie- og omsorgstjenestene på en riktig måte og dokumentere det som skjer med pasienten. Men dette er ikke nok. Norberg *et al* peker også på at sikkerhetsforskrifter skal følges, tilgjengelige ressurser utnyttes i passende omfang og organisasjonen skal støtte virksomhetens omsorgsarbeid (Norberg *et al* 1992). Kvalitet innebærer også at personalets kunnskaper skal utnyttes. Personalet skal også oppleve tilfredsstillende i arbeidet og arbeidsskader skal unngås (ibid).

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene relateres i denne betydningen både til faglige og moralske dimensjoner og i tillegg system og arbeidsmiljø faktorer. Selv om helsepersonell kan ha ulike faglige forutsetninger, har profesjonell omsorg et grunnleggende moralsk siktepunkt, fremholder Nortvedt (2001, s. 41). Omsorg i betydningen *ivaretagelse*, fordrer noe mer av den profesjonelle yrkesutøveren. Omsorgens kvalitative aspekter dreier seg om å ta hånd om, bry seg om, å gjøre godt for noen (Vetlesen 2001). Respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, er selve grunnlaget i sykepleien og fundamentet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2007). Omsorgens doble natur innebærer at den både er en handling og en kvalitet ved handlingen, forankret i følelser. Slik sett er omsorg som allmennmenneskelig handling og kvalitet felles for alle yrkesgrupper i helsetjenestene (Kirkevold 1996). Det som skiller profesjonene kan tilskrives ulike funksjoner (Eriksson 1987).

For sterk fokusering på ivaretagelse av grunnleggende behov i kvalitetsutviklingsprosesser kan utsettes for kritikk. Utøvelse av sykepleie innebærer også å møte menneskets lengsler som ikke alltid kan la seg oppfylle. Den danske filosofen Mogens Pahuus (2002) kritiserer behovsmodellen som ensidig og villedende og hevder at den har preget teoriene om det handlende mennesket. Når man tenker på denne måten, tenker man om den handlende som et jeg som utvikles i oppveksten, som trener, øver og forutsetter læringsprosesser og intellektet. Jeget er knyttet til prestasjoner og mestring av situasjoner og de utfordringer situasjonene stiller. Å gi uttrykk for noe gjennom ord, dreier seg om en viljestyrt og presterende handling basert på innlærte og opptrenede kompetanser. Pahuus mener det er mulig å oppfatte den handlende person også på en annen måte, som en kraft som gjør oss åpne for og opptatt av verden og de andre. Det er å være seg selv. I dette blir vi selvforglemmende, opptatt og involvert ut i fra selvet i oss (Pahuus 2002, s. 125). Det er når vi er tilstede som selv, vi evner og sanser i åpenhet de andre. Det er i høy grad i kraft av de umiddelbare uttrykk som kommer til uttrykk (og altså ikke gis uttrykk for) i ansikt-til-ansikt situasjoner som kroppsholdning,

bevegelser, mimikk og stemmeleie at mennesker forstår hverandre og forstår hvordan den andre har det. Pahuus fremhever at det nettopp er de uvilkårlige uttrykksfenomenene, som aktiverer spontaniteten i samtalen og fører med seg noe som ikke kun er summen av to parters individuelle bidrag, men noe helt nytt. Pahuus (2002) understreker at dette menneskesynet ikke innebærer en bagatellisering av teorier om sosialiseringprosesser og utvikling av handlingskompetanser, men heller en betoning av å bygge på handling knyttet til livsmotet og livsgleden. Tenker man kun på det handlende mennesket som et selvstendig jeg, forskjellig fra og atskilt fra verden, som i behovsteoriene, da tenker man for individualistisk, mener Pahuus. Han legger til at da ser man ikke at et menneske kun kan bevare og fremme det levende og kreative i en utveksling med de andre og tingene (Pahuus 2002, s. 127).

Opptatthet av den andres ve og vel er ikke kun begrenset til ens nærmeste. Godhet eller en spontan selvforbyggende opptatthet av den andre, som i den gyldne regel: Alt hva du vil at andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot dem, er også et vesentlig moralsk etisk element i sykepleien (Pahuus 2002, s. 134). I møtet med pasienter gjelder det om å utvikle evnen til oppmerksomhet, mener Pahuus. Forstått som åpenhet for et annet menneske, der man forsøker å oppfatte den andre, den andres holdning til verden, de andre og til seg selv (ibid, s. 136). Men dette innebærer ikke at man kan være spontant opptatt av den enkelte og at hensynet til andre alltid går forut for hensynet til en selv. I praksis har helsepersonell flere pasienter å forholde seg til, og ofte samtidig. Hensynet til den ene må naturligvis veies i forhold til de andre for å finne hvilket hensyn som veier tyngst, og hva som står mest på spill.

I dette perspektivet vil utvikling av pleie- og omsorgstjenester innebære noe mer enn konkrete handlinger rettet mot mangler i grunnleggende behov og opprettholdelse av homeostase. Å være aktivt tilstede som tjenesteyter i pleie- og omsorgstjenestene dreier seg om relasjoner, om følelser og engasjement, hvor den hjelpen som gis er forventet å ta utgangspunkt i pasientens ønsker og behov. Dette innebærer ikke en tilbakevending til selvfornektelse, en selvutslettende og uselvisk pleieform (Pahuus 2002). Hjelpen som ytes skal ivareta den enkelte pasients spesifikke og grunnleggende behov på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. I kvalitetsutvikling av de direkte tjenestene må det derfor foregå en systematisk kartlegging og faglig gransking av pasientens aktuelle situasjon, en prosess Martinsen (2000) beskriver som en veksling mellom å kunne sanse og la seg berøre av mennesket som befinner seg i en situasjon med omsorgsbehov og forståelse som en form for gransking og ettertenksomhet (refleksivitet). Å registrere og granske pasientens situasjon innebærer å stille seg i en utenfor-posisjon der en skaffer seg en oversikt og trekker inn ulike kunnskapstyper

for å finne sammenhenger. En slik gransking alene kan bidra til objektivisering av mottageren av pleien (Martinsen 2000). Utfordringen i omsorgssituasjoner er å la det granskende blikket bli berørt, i en deltagende oppmerksomhet ettersom dette er grunnlaget for det faglige skjønnet, hevder Martinsen (2000). Martinsen beskriver denne utfordringen som ”en vennlig vekselvirkning” (Martinsen 2000:63) ettersom vi ikke kan skjønne uten vår oppmerksomhet og vi er oppmerksomme ut fra etikk og faglighet på en gang. Martinsens tenkning peker på at vi kan bli krenkende dersom vi ikke gis tid og tar oss tid til å skjønne eller vurdere, men kun handler etter regler eller standarder. Vi må i bokstavelig forstand snu om, hevder Martinsen og flytte vår oppmerksomhet fra registrerende oppmerksomhet der vi har initiativet alene, og forsøke å stille oss åpne for det som kommer til oss, slik at den andre kan tre frem i og med sin betydning (Martinsen 2000). Martinsen mener således at vi trenger mer enn lovgivningen, retningslinjene og normene, selv om vi også trenger dette (Martinsen 2000). Det viktige er å ikke tape utgangspunktet, at vi er mennesker sammen, og at den andre vedkommer meg.

2.5 Kvalitetskriterier og perspektiver i forskningssamarbeid

I forskningslitteraturen har kvalitetsbegrepets anvendelse hatt en betydelig økning de seneste årene. Ved søk i databasen Cinahl i 1998 var det kun 200 treff på søkeordet *quality*, mens det var mer enn 26 000 treff i 2006 og nær 94 000 treff i 2008. Selv om kvalitet og kvalitetsutvikling har fått en voldsom interesse i forskningen de seneste årene, har fokuset på nøyaktige observasjoner og forbedringsarbeid røtter helt tilbake til Florence Nightingale som beskrev hva god pleie er og hvilke kunnskaper pleien bygget på allerede på 1850- tallet (Nightingale 1984).

Kvalitetsutvikling som deltagende forskningssamarbeid fordrer at man har en ramme å arbeide innenfor. Kvalitetsforskriften (1997) er nevnt tidligere som en vurderingsstandard. Her presenteres Donabedians kvalitetskriterier for vurdering av pleien, ettersom disse har vært mye brukt i helsefaglig forskning. Det pekes videre på at det kan være vanskelig å finne gode mål for pleiens kvalitet og at kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene som forskningsområde må inkludere ulike vurderinger. Faren er ellers at kvalitetsutviklingsarbeidet får en dreining mot verktøy og teknikker og på gjennomformaliserte kvalitetssikringsprosedyrer som kan virke mot sin hensikt (Haugen 1992).

Struktur, prosess, resultat

For å klargjøre bruken av kvalitetsbegrepet i forskningen anbefalte den amerikanske professoren Avedis Donabedian allerede på slutten av 1960-tallet utvikling av standarder og kvalitetskriterier for å presisere et akseptabelt eller optimalt kvalitetsnivå man kunne sammenligne de faktiske helsetjenestene mot (Donabedian 1996). Donabedians struktur-, prosess- og resultatkriterier har vært benyttet som rammeverk for kvalitetssikring fra 1970-tallet og har vært inspirert av utviklingen innen total kvalitetsledelse (Total Quality Management TQM) på slutten av -80 tallet og kvalitetsvurderinger fra slutten av 90- tallet (Attree 1996; Larson og Muller 2002).

Strukturkriteriene beskriver materielle og økonomiske ressurser, refusjonsordninger, personalressurser og personalets kompetanse, organisatoriske strukturer og betingelser som ansvar, kontinuitet og koordinering samt likemannsvurderinger (Donabedian 1996). Prosesskriteriene dreier seg om hva helsearbeideren faktisk gjør med og for pasienten og omhandler både faglig omsorg og interpersonlige relasjoner (Donabedian 1996). Resultatkriteriene fremstilte Donabedian som ”a balance of benefits over harms”, hvor resultatene betegner hvilken effekt pleien har sett i forhold til pasientens helsestatus (Donabedian 1996, s. 58). Ulike målinger av forandringer i helsestatus, funksjon og pasientens tilfredshet har derfor vært viktige mål for effekt og kvalitet i tjenestene (Attree 1996; Donabedian 1996; Tasso *et al* 2002). Attree (1996) utdyper hvordan problemløsende og interpersonlige prosesser, terapeutiske intervensjoner og kommunikasjon samt ulike måter å organisere tjenestene på i sykepleien (f. eks primærpleie), inngår som sentrale prosess kriterier for kvalitet i pleien.

Med utgangspunkt i Donabedians (1996) teoretiske kvalitetsmodell er det mulig å studere sammenhengene mellom struktur og prosess og mellom prosess og resultat i ulike kontekster. Hvilke kriterier som krever mest oppmerksomhet og hvordan de kan vurderes vil avhenge av kontekst. Houser’ studie (2005) av data fra mer enn 5 millioner pasientutskrivelser ved 685 amerikanske sykehus viste for eksempel at det var en sammenheng mellom sykepleierbemanningsnivået i sykehusene (strukturkriterium) og pasientindikatorer som decubitus, mislykket livredning og postoperativ venetrombose (resultatkriterier). Det var en statistisk signifikant sammenheng mellom redusert sykepleierbemanning og den prosentvise økningen i antallet negative pasient indikatorer ved utskrivelse. Parsons (2004) studier i sykehjem med utgangspunkt i Donabedians modell, viste at det var store variasjoner i gjennomsnittlig bemanning på postnivå mellom sykehjem og at bruk av akutt rom og

sykehusinnleggelser varierte. I tillegg til Donabedians kriterier er det en rekke andre faktorer som også kan influere på resultatene av pleien. Demografiske data som alder, sosioøkonomisk status, og kjønn kan være av betydning, mens pasientens funksjonelle helsestatus er en særlig viktig variabel hos eldre (Reiley 1999). For å studere kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er det også nødvendig å fokusere på hvordan konteksten påvirker interaksjonene og hvordan kostnader og retten til rettferdig fordeling kan ivaretas (van Driel *et al* 2005).

Det mulige, akseptable og legitime

Hvorvidt kvalitet oppnås eller ikke mener Schmele (1996) og Donabedian (1996, s. 377) også har å gjøre med hvorvidt det er samsvar mellom forventninger og standarder, mellom:

- helsetjenestens vitenskaplige grunnlag og teknologi, som beskriver det mulige
- individuelle verdier og forventninger, som beskriver det akseptable eller ønskede
- sosiale verdier og forventninger, som beskriver det rettmessige/lovligheten

Manglende samsvar mellom helsetjenestens vitenskaplige kunnskap og teknologi og det som er *mulig* å oppnå i dagens praksis, beskrives også som gapet mellom teori – praksis.

Hindringer i kvalitetsutviklingsarbeid strander også på manglende ressurser (SHD 1997).

Økende fokus på pasientens *rettigheter* og utvikling av kontrakter, kan tolkes som konsekvenser av dette misforholdet (Næss 2005, s. 37). Utviklingen de senere år tyder også på at det legges stadig sterkere føringer på personalet om å ikke gjøre mer enn det som står i kontrakten (Vabø 2002a; 2002b). I motsetning til omsorgens situasjonsorienterte fokus hvor hjelpen avpasses til personens behov, kan faren med en slik kontraktfestet hjelp være at omsorgen utarmes til teknologi.

For å kartlegge pasientenes individuelle forventninger og opplevelser, eller resultatene som Donabedian (1996) betegner det, er det utviklet detaljerte datasystemer for å registrere pasientens funksjon i dagliglivet for pleie- og omsorgstjenestene. Registreringene tallfester et sett av funksjonsvariabler og brukes som mål på funksjonsnivå. Sammen med andre data, kan disse opplysningene brukes som grunnlag for budsjettstyring av tjenestene. En forutsetning for at det skal være meningsfullt å anvende disse dataene i forskningen og som mål for kvalitet i pleien, er at målingene er pålitelige (Rønning 2004). Debatten om hvordan den som registrerer skårer, og om andre ville komme frem til samme resultat er noen av de spørsmålene som reises. På tross av innvendingene er målingene blitt svært utbredte og anvendes både som planleggings- og sammenligningsverktøy. Det individbaserte pleie- og omsorgsstatistikk verktøyet IPLOS, som har vært prøvet ut i flere kommuner skal innføres i alle kommuner fra 2006, er ett eksempel på slike systemer i praksis (IPLOS 2001).

At det kan være vanskelig å operasjonalisere begrepene knyttet til måling av kvalitet i omsorgen, viste Slagsvold (1995) i sin grundige studie om kvalitetsmålinger i omsorgstjenestene. Hun konkluderte med at det ikke er mulig å lage valide kvalitetsindikatorer for omsorgen og at dette gjelder så vel kvantitative som kvalitative tilnærminger. Andre ser ut til å være mer optimistiske når det gjelder å bestemme effekten av pleien og hevder at det er bedre å måle kvalitet med ufullstendige instrumenter enn ikke å måle i det hele tatt (Granheim og Hustad 2000). For at kvalitetsindikatorer skal kunne danne grunnlag for vurderinger i kvalitetsutvikling av tjenestene, må de være akseptert av både ledelse og ansatte (ibid, s. 25). Hvis målene ikke måler det som er relevant for brukerne av pleie- og omsorgstjenestene, og vi tror de er det, kan målingene komme til å påvirke utviklingen av tjenestene på en feilaktig måte. At noe er vanskelig å tallfeste, kan også friste til å måle mindre viktige områder. Områder som ikke lar seg måle, kan også bli oversett eller nedprioritert. For å styrke kunnskapsutviklingen og tjenestene i praksis, bør kvalitetsindikatorer som anvendes aktivt i eldreomsorgen ha en dokumentert effekt. Kayser-Jones (2003) har pekt på underernæring og trykksår som kvalitetsindikatorer med god dokumentasjon.

Kartlegging av tjenestenes kvalitet

Med alle de nevnte forbehold, har studier av kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene, vist at man er opptatt av brukernes erfaringer og forventninger (Næss og Wærness 1995; Pedersen og Jensen 1995; Slagsvold 1995; Sletvold, Solbu og Hofstad 1999). Kartlegging av beboere i sykehjem fra midten av 1990-tallet har vist at pasientene har et komplisert og sammensatt sykdomsbilde med ulike diagnoser og funksjonssvikt (NSF 1996, Statens helsetilsyn 2003b). Studiene peker på at det er de fysiske behovene som prioriteres, og at psykiske, sosiale og åndelige behov nedprioriteres. Personalets knapphet på tid setter også det akseptable nivået på prøve. Den nasjonale kartleggingen av mottakere i pleie- og omsorgstjenestene, som ble gjennomført av Helsetilsynet i 2003 (Statens helsetilsyn 2003b) viste i følge de ansattes vurderinger at 10 % av mottakerne ikke får tilstrekkelig hjelp til måltider, 15 % får ikke tilstrekkelig hjelp til personlig hygiene og stell, mens 60 % ikke får tilstrekkelige tjenester til å ivareta sosiale tiltak. Det er særlig hjemmeboende og personer med psykiske lidelser som ikke får tilstrekkelige tjenester (Statens helsetilsyn 2003b).

Kartlegging av den faglige kvaliteten på enkelte områder av sykepleietjenesten ved sykehjemmene det siste tiåret har vist at tjenestekvaliteten fortsatt ikke er tilfredsstillende og det stilles spørsmål om den lave bemanningen i alle sykehjemsavdelingene kan være en årsak

(NSF 1996, Statens helsetilsyn 2003b). På tross av dette viser brukerundersøkelser som er gjennomført i mange kommuner de siste årene i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund at beboere i sykehjem gjennomgående er meget fornøyde (Kommunenes Sentralforbund [KS] 2007). Ser en nærmere på resultatene fra disse brukerundersøkelsene kunne halvparten av pasientene ikke svare, fordi de hadde kognitiv svikt eller var for svake til å delta. Utvalget var derfor ikke representativt. Brukerundersøkelsene peker imidlertid på utviklingspotensialer. Økt informasjon, medbestemmelse og mulighet til å delta i sosiale aktiviteter beboerne er interesserte i, er noen slike områder (KS 2007).

Nyere studier viser at fra mottakernes ståsted har kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene ikke blitt bedre etter at Kvalitetsforskriften av 1997 trådte i kraft. Svikten synes spesielt å ramme de mest hjelpetrengende mottakerne (Næss 2005). Eldre mottakere med stort hjelpebehov i 2001 var på flere områder betydelig mindre fornøyde med tjenestene enn mottakere med lite hjelpebehov (Næss 2005, s. 126).

Veksling i perspektiver

Studiens målsetting om både å bidra til kvalitetsutvikling i praksis og generere kunnskap om kvalitetsutviklingsprosessene inkluderer et deltagende perspektiv grunnlagt på en forståelse av praksis utformet av tjenesteutøvere i en sosial og historisk kontekst. En praksis der den enkelte tjenesteutøver står personlig ansvarlig i konkrete pasientsituasjoner og samtidig i et relasjonelt forhold til kollegene og praksis på et kollektivt nivå. I kvalitetsutviklingsarbeidet er det nødvendig både å utnytte og utvikle den kunnskapen og kompetansen som finnes blant tjenesteutøverne og ledere på alle nivåer i organisasjonen gjennom ulike former for deltagelse og læring (Eikeland og Berg 1997). Som Giddens (1979) pekte på for flere tiår siden kan deltagere i sosiale situasjoner gi kognitive begrunnelser for både deres intensjoner og handlinger. De har også ofte en inngående forståelse for den situasjonen de er en del av. De kan også se situasjoner fra ulike perspektiver, og ikke kun fra eget ståsted, men større bilder som innebærer å se forbindelsen mellom lokal praksis og det sosiokulturelle (ibid).

Begrunnelsen for at praktikere og ledere på ulike nivåer i organisasjonen kan være aktive deltagere i forskningsarbeidet, utfordrer den tradisjonelle oppfatningen om hvem som kan være forskere. I motsetning til tradisjonell teoretisk konstruksjon, vil deltagere i en lokal praksis ikke streve etter "å se" egen situasjon innenfor en bestemt teoretisk tradisjon (ibid). Kemmis og Taggert (2000) hevder også at når deltagere i sosiale fellesskap er misfornøyde med hvordan ting er, vil de ikke bare at det skal være annerledes. De forstår at de må gjøre det selv. Bakgrunnen for et deltagende forskningssamarbeid oppstår derfor ofte i sosiale

situasjoner hvor man ønsker å gjøre forandring, gjerne etter kritisk refleksjon (Kemmis og Taggart 2000). Det dreier seg om å ta stilling til hvor man er nå, hvordan det hadde seg at det ble slik, og fra dette utgangspunktet hvordan man i praksis kan bidra til endring (ibid).

Å bidra til endring i praksis innebærer vanligvis at deltagerne må analysere praksis fra flere ulike perspektiver. Noen vil da hevde at praktikere og ledere i organisasjonen er for nære eller ikke har et tilstrekkelig teoretisk grunnlag til å analysere praksis. Kemmis og Taggart (2000) imøtegår denne kritikken. Å artikulere hverdagskunnskap på en måte som virker autentisk innebærer både å klargjøre sammenhenger og søke etter skjult makt, som innsidere har best tilgang til. Å se situasjonen fra eget ståsted og fra andres kan imidlertid beskrives som en intersubjektiv prosess, eller dialektikk, en prosess som også beskrives som en sammensmelting av horisonter (Gadamer 1975).

Utfordringen i å veksle i perspektiv mellom en utenfor-posisjon der man skaffer seg en oversikt og trekker inn ulike kunnskapstyper for å finne sammenhenger og et subjektivt og relasjonelt perspektiv som inkluderer engasjement og involvering i praksissituasjonene, er beskrevet foran i avsnittet om det sykepleiefaglige skjønnet som ”en vennlig vekselvirkning” (Martinsen 2000). Deltagende aksjonsforskning inkluderer de samme posisjonene, der deltagerne skifter perspektiv fra på den ene siden å se seg selv, egen forståelse, egen praksis *innenfra* og på den annen side se seg selv, egen forståelse og egen praksis fra en *utenfra* posisjon ved hjelp av teori, lover/forskrifter eller andre personers synspunkter (Kemmis og Taggart (2000). Alterneringen mellom de to posisjonene gir en nødvendig distanse til nære praktiske situasjoner, og et rom for kritisk (selv)refleksjon og intersubjektiv kunnskapsgenerering. Kemmis og Taggart peker på at forandring og utvikling i praksis forstås refleksivt. Systematisk oppsummering er følgelig et viktig virkemiddel i aksjonsforskningssamarbeidet for å få øye på de gradvise endringsprosessene.

Oppsummering

Med bakgrunn i den etymologiske utlegningen av begrepene kvalitet og utvikling defineres *kvalitetsutvikling* i studien som en gradvis endringsprosess som resulterer i en eller flere kvalitative forandringer eller kvalitative stadier som forstås retrospektivt betinget av tidligere stadier. En oppsummering av grunnlaget for kvalitetsutviklingsarbeidet i pleie- og omsorgstjenestene i studien er at tilnærmingen:

- involverer tjenesteutøverne og ledere i en analyse av eksisterende praksis som grunnlag for endringsprosessene
- har et vekslende perspektiv som inkluderer både ”innenfra” og ”utenfor” posisjonen

- ivaretar nasjonale krav og balanserer mellom fleksibilitet og individualiserte løsninger i tjenesteutøvelsen på den ene siden og styringsrasjonelle hensyn og standardisering som ivaretar systemkravene på den andre

Kvalitetsutviklingsarbeidet dreier seg både om å styrke tjenesteutøverens faglige og etiske ansvarlighet i tjenesteutøvelse gjennom klinisk handlinger og beslutninger (personnivå), og styrke den kollektive tjenesteutøvelsen (gruppenivå) samt styrke nettverkene og dialogene mellom nivåene i organisasjonen (organisasjonsnivå).

Med denne bakgrunnen presenteres en deltagende aksjonsforskningstilnærming rettet mot generering av kunnskap om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i neste kapittel.

KAPITTEL 3 FORSKNINGSTILNÆRMINGENS METODOLOGISKE GRUNNLAG

Aksjonsforskning beskrives både som design og metode, og det har vært en del forvirring knyttet til aksjonsforskningens vitenskaplige forankring (Coghlan og Brannick 2001; Reason og Bradbury 2006). I dette kapitlet vil jeg derfor beskrive den valgte forskningstilnærmingens grunnlag og perspektiver.

Studiens målsetting dreier seg om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene og styrking av personalets kompetanse i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Forskningstilnærmingen kjennetegnes derfor ved et praksisnært og kontekstuellet perspektiv der forskningsaktivitetene innebærer å sette i gang prosesser med ett bestemt formål, men uten å være ren aktivisme eller politisk opposisjon (Tiller 1999). Forskningstilnærmingen kan heller betraktes som konstituerende, der en søker å skape nye muligheter, engasjement og nysgjerrighet og der spørsmålsstillingene fremkommer gjennom samarbeid i praksis (Reason og Bradbury 2006, s. xxii, Tiller 2004). Studien kjennetegnes ved en deltagende aksjonsforskningstilnærming som er inspirert av Jürgen Habermas kommunikative handlingsteori (Habermas 1999) og ideen om demokratiske dialoger (Gustavsen 2001), som understøtter at systematiske endringsprosesser kan fremkomme gjennom engasjert arbeid i små *aksjonsgrupper* (Reason og Bradbury 2006, s. xxvii) og gjennom *aksjonsnettverk* (Gustavsen 2001; Kemmis 2001). Videre er sosiokulturell læringsteori om den proksimale utviklingssonen (Vygotsky 1978), samt læring hos voksne i en arbeidskontekst (Lave og Wenger 1991; A. Raaheim og K. Raaheim 2000) viktige inspirasjonskilder. Kunnskapsdannelsen i den praksisnære aksjonsforskningstilnærmingen vektlegger samarbeid og overveielser som innebærer konstruerende prosesser og tolkninger (Coghlan og Brannick 2001; Kemmis 2001).

3.1 Aksjonsforskningens paradigmer

Aksjonsforskningssideen kan spores tilbake til Kurt Lewins (1880-1947) sosialpsykologiske studier av arbeiderklassen og livet i fabrikkene tidlig på 1930 og - 40 tallet, selv om aksjonsforskning også finnes i tidligere pedagogiske tekster (Lewin 1973, McNiff 2002). Lewins tidlige eksperimentelle studier av grupper viste hvilken betydning gruppen individet tilhører har for personens persepsjon og hvilken makt gruppen har i fremming av endring av adferd og holdninger. Lewin ønsket også å utvikle en forskningsmetode som i tillegg til å

bidra med kunnskap skulle føre til faktiske sosiale endringer for de menneskene forskningen angikk (Lewin 1973).

Den radikale tilnærmingen der forskeren tok på seg plikter utover de tradisjonelle analysene av sosiale problemer, kjennetegnet også tidlige aksjonsforskningsprosjekter i Norge på 1960- og 70- tallet (Løchen 1976, Gustavsen 1990). Selv om disse sosiale eksperimentene hadde stor suksess lokalt, hadde de begrenset spredningseffekt (Gustavsen 2001). Problemene med å knytte teori direkte til praksis, og forholdet mellom forskning og praksis som ulike aktiviteter, var også kritikernes argument mot disse aksjonsforskningsprosjektene (Gustavsen 2001). Tidlig på 80-tallet var det imidlertid en fornyet interesse for aksjonsforskningsprosjekter i Skandinavia rettet mot organisasjons- og arbeidslivsstudier (Gustavsen 2001). Etter at de første eksperimentene hadde vist å ha liten spredning, var ett grunnleggende kjennetegn ved disse nye studiene introduksjonen av dialogkonferanser, eller møteplasser for ”de forskningen gjelder”, der man diskuterte mål, ideer eller visjoner og hvordan man skulle arbeide for å oppnå dette. På denne måten kom de kommunikative prosessene og dialogen som en forhandlende diskurs i forgrunnen, og ikke kun teoretiske eller praktiske diskurser (ibid). Ideen om demokratiske dialoger slik de ble utviklet i arbeidslivsstudiene i Norge har likhetstrekk, men er ikke identisk med Habermas (1999) kommunikative handlingsteori som har grunnlag i kritisk teori. Dette perspektivet utdypes videre i kapittel 3.2.

Fra midten av 80-tallet har det også vokst frem alternative aksjonsforskningstilnæringer som kan klassifiseres innenfor ulike vitenskapsteoretiske paradigmer, og det eksisterer en viss ulikhet i klassifiseringen av tilnærmingene (Carr og Kemmis 1986; Holter og Schwartz-Barcott 1993; Hart og Bond 1996; Tiller 1999; Whitehead 1999; Coghlan og Brannick 2001; Kemmis 2001; Whitehead og McNiff 2006). Carr og Kemmis (1986) identifiserte tilnæringer som var tekniske, praktiske og frigjørende. I den tekniske aksjonsforskningstilnærmingen er det den som kommer inn utenfra, som definerer problemet og retningen for prosessen. Problemløsningsarbeidet er gjerne pragmatisk og det stilles ikke nødvendigvis spørsmål ved målene selv, eller hvordan situasjonen har blitt konstituert diskursivt, sosialt eller historisk (Kemmis 2001). Den praktiske aksjonsforskningstilnærmingen oppmuntrer forskeren til samarbeid og en mer refleksiv aktivitet, og er gjerne influert av Donald Schöns arbeider (1983; 1987) om den reflekterte praktiker. I motsetning til den tekniske tilnærmingen som legger vekt på de konkrete resultatene som oppnås, er målet i den praktiske aksjonsforskningstilnærmingen å bidra til forståelse og endring gjennom selvrefleksive prosesser der praktikere forteller om og skriver

historier om hvordan de har bidratt i endringsprosesser (Kemmis 2001). Den kritiske eller frigjørende tilnærmingen kjennetegnes av at forsker og deltagere tar et felles ansvar i utviklingsarbeidet. Målet er ikke kun orientert mot problemløsning eller å styrke praktikernes selvforståelse, men også å bidra til en mer aktiv kritikk av de underliggende arbeidsbetingelsene (Kemmis 2001, s. 95). Eller med andre ord å hjelpe praktikere å utvikle en kritisk og selvkritisk forståelse av hvordan praksis er utformet og rekonstrueres diskursivt, kulturelt, sosialt og historisk (ibid, s. 96).

Holter og Schwartz-Barcott (1993) kom frem til en lignende typologi, med en teknisk tilnærming som svarer til en postpositivistisk vitenskapsforståelse, en fortolkende eller humanistisk tilnærming som kan beskrives innenfor en hermeneutisk eller fenomenologisk vitenskapstradisjon og en tilnærming som er rettet mot forbedring, som kan beskrives innenfor kritisk forskning eller frigjørende pedagogikk som begge har et emancipatorisk kunnskapsideal. Den siste tilnærmingen kombinerer elementer fra begge de to første, men inkluderer i tillegg historiske, strukturelle og kulturelle faktorer, og prøver å legge til rette for frigjørende endringer som resultat av eller del av forskningsprosessen. Aksjonsforskerne Hart og Bond (1996) opererer med fire kategorier hvorav to, den eksperimentelle og den organisatoriske har likhetstrekk med tilnærmingene som er beskrevet som tekniske. Hart og Bond (1996) identifiserte også profesjonsorientert aksjonsforskning som har likhetstrekk med de fortolkende og praktiske tilnærmingene, mens den frigjørende tilnærmingen er den fjerde. Hart og Bond (1996) bekrefter Holter og Schwartz-Barcott's (1993) definisjon av aksjonsforskning og understreker betydningen av de deltagende, demokratiske og antipositivistiske trekkene.

Aksjonsforskningens frigjørende ideal er kjent gjennom Freires (1970/1999) arbeid med å løse praktiske problemer blant undertrykte i Latin-Amerika, ved å generere kunnskap gjennom bevisstgjøring og kritisk refleksjon. Høy deltagerinvolvering var også et kjennetegn ved aksjonsforskning som frigjørende tilnærming i klasseromsforskning, som ble introdusert i Storbritannia på 1970-tallet ved Lawrence Stenhouse (Stenhouse 1985). Stenhouse mente at studieprogresjonen i skolene burde organiseres slik at det var meningsfullt og relevant for studentenes erfaringer, og at de skulle motiveres til å ta ansvar for egen læring. Han fremmet også ideen om læreren som forsker (Stenhouse 1985). Jack Whitehead og Jean McNiff (2006) peker imidlertid på at selv om praktikere deltok aktivt i innsamling av data og i fortolkningsprosessene i disse tidlige aksjonsforskningsstudiene var makten til å fortolke data, og grunnlaget for å hevde arbeidets validitet fremdeles preget av forskerens eksterne posisjon

(Whitehead og McNiff 2006, s.21). Makten ble aldri overlatt til praktikerne (ibid). På samme tid som Carr og Kemmis (1986) kritiserte den tekniske innretningen i aksjonsforskningstilnærmingene, utviklet Whitehead en ny tilnærming innen aksjonsforskning som var grunnlagt på *demokratisk partnerskap*, der alle deltok i likeverdige dialoger (Whitehead 1999). Til forskjell fra fortolkende tilnærminger som utelukkende bidrog med teorier om andre praktikere, mente Whitehead at praktikere selv var i stand til å generere personlige teorier gjennom systematiske studier i egen praksis. Han understreket også betydningen av å lære og å utvikle seg sammen på tvers av høgskole og praksis (Whitehead 1999). Denne grunnleggende epistemologiske posisjonen, der man reflekterer over egen praksis har fellestrekk med Giddens (1979) beskrivelser av deltagere i sosiale situasjoner som ofte har inngående forståelse for egen praksis (beskrevet foran, se side 36). Dette læringssynet der man søker å lære av hverandre, forbedre praksis og utvikle kunnskap sammen, og samtidig verdsetter at enhver lærer på sin måte, har også vært viktige inspirasjonskilder i foreliggende studie. Læringsaspektet utdypes i kapittel 3.3.

Klassifikasjonene har blitt kritisert for å være statiske (Hart og Bond 1996). Noen forskere tar også avstand fra praktiske og frigjørende aksjonsforskningstilnærminger som vitenskapelig arbeid (Bjørnsrud 2004, s. 95). Hart og Bond (1996) mener en mer dynamisk forståelse av aksjonsforskning kan være at ett aksjonsforskningsprosjekt vil kunne endre karakter over tid. Med en slik forståelse kan det være legitimt å starte aksjonsforskningsprosessen med en pragmatisk tilnærming der forsker tar initiativet til samarbeidet som beskrevet i det innledende arbeidet i studien. Derfra kan man søke etter et gjensidig samarbeid og forståelse av praksis som grunnlag for forbedringsarbeid og sammen arbeide mot en praktisk og frigjørende prosess der deltagerne gradvis tar ansvaret for å utvikle arbeidet (Tiller 1999).

Tiller (1999) beskriver evnen til å reflektere og konsolidere erfaringer i en arbeidskontekst som aksjonslæring. Aksjonslæringen handler om å forstå det man erfarer, forstå seg selv og hele tiden arbeide med praksisnære problemstillinger, handle og tenke gjennom ulike forhold man erfarer (Tiller 1999). Han understreker samtidig at aksjonslæring ikke er aksjonsforskning (Tiller 1999). Det som skiller profesjonell virksomhet fra aksjonsforskning, er først og fremst kravene til grundighet og metodisk systematikk i datakonstruksjonene og analysene, samt forskningsarbeidets konstituerende kunnskapsdannelse (Kalleberg 1992; Tiller 1999;2004). Det essensielle i studiens praksisnære aksjonsforskningstilnærming er at forskningsprosessen inkluderer sykliske prosesser med identifisering av aktuelle problemstillinger eller forbedringsområder, planlegging av aktiviteter, handling og

systematisk oppsummering med evaluering. Forskningsprosessen kan derfor beskrives som en spiral med refleksjons- og evalueringsfaser som faciliterer reproblemformulering og replanlegging av aktiviteter (Coghlan og Brannick 2001).

Forskningstilnærmingens demokratiske perspektiver og læringssyn utdypes videre i de teoretiske kapitlene 3.2 og 3.3. Hvordan vi kom i gang med kvalitetsutviklingsarbeidet fremstilles i kapittel 6, mens de interaktive arbeids- og læringsprosessene beskrives utførlig med eksempler i kapitlene 7 og 8 som evidens for hvordan vi har arbeidet og hva man kan lære av forskningssamarbeidet, og for at leseren av denne avhandlingen skal kunne ta del i kunnskapsdannelsen.

3.2 En demokratisk og kritisk forståelsesramme

I aksjonsforskning beskrives ”the democratic turn” som ledd i aksjonsforskningens historiske utvikling fra den sosiotekniske tradisjonen, representert ved Kurt Lewin, som dominerte aksjonsforskningen tidlig på 1960 og -70 tallet (Lund 2007). Tanken om medvirkning kan videre spores til kritisk teori (Habermas 1999) og utviklingen i arbeidslivet med røtter i ideologien om politisk demokrati, og medinnflytelse og medbestemmelse som en rettighet regulert gjennom avtaleverket mellom arbeidsgiver og arbeidstaker (Eikeland og Berg 1997).

I denne teoretiske delen gjøres det først kort rede for hva medvirkning og komplementære funksjoner i aksjonsforskningssamarbeidet innebærer og deretter hvordan demokratiske dialoger kan forstås i lys av Habermas (1999) kommunikative handlingsteori.

Medvirkning og komplementære funksjoner

I motsetning til konvensjonelle forskningstilnærminger hvor forsker utvikler forskningsspørsmålene eller hypotesene mens kunnskapen eller resultatene fra forskningen iverksettes i praksis av en annen gruppe mennesker, er funksjonene i praktisk rettet aksjonsforskning preget av gjensidighet. I stedet for å forske på, dreier forskningsprosessen seg om *å forske sammen* med deltagerne (Kemmis 2001; Tiller 2004), og tilnærmingen kalles derfor deltagende aksjonsforskning (eng. participatory action research). Dette demokratiske idealet har vært et kjennetegn i aksjonsforskning, mens graden av deltagelse og medvirkning har variert avhengig av aksjonsforskningsparadigmene.

Med *medvirkning* vises det her til at den eller de berørte er med og påvirker det som skjer i forskjellige faser av utviklingsarbeidet, med identifisering av aktuelle problemstillinger,

prioritering og beslutningstagen. Noen bruker uttrykket ”medforskere” for å understreke samarbeidet i aksjonsforskningstilnærmingen, mens det her er brukt deltagere og forsker for å understreke at forskningssamarbeidet fordrer at forsker og deltagere har komplementære funksjoner (Tiller 1999). Som beskrevet under studiens målsetting (se s. 6) impliserte de komplementære funksjonene at deltagerne som er tjenesteutøvere og ledere i pleie- og omsorgstjenestene primært tok ansvar for gjennomføringer i den daglige tjenesteutøvelsen i pleie- og omsorgstjenestene, mens forsker primært tok ansvar for systematisk datagenerering og kontinuerlig bidrog til reflekterende læringsprosesser, oppsummeringer av erfaringer og evaluering. Datagenereringen og analysene underveis utdypes i kapittel 4.3.

Da forskningssamarbeidet gjennomføres innenfor avgrensede soner i et pleie- og omsorgsdistrikt, vil organisasjonens mål, kommunikative strukturer, arbeidsdeling og samordning være viktige forutsetninger for å kunne arbeide systematisk med kvalitetsutvikling som aksjonsforskningssamarbeid. Medvirkning i praktiske aksjonsforskningssamarbeid fordrer derfor både innsikt i konkrete kontekstuelle forutsetninger i organisasjonen, men også delaktighet i de lokale kommunikative strukturene.

Kritisk perspektiv

Aksjonsforskningstilnærmingen i studien har som tidligere beskrevet, grunnlag i et demokratisk ideal. Samhandlingsperspektivet utforskes videre inspirert av Habermas kommunikative handlingsteori (Habermas 1999). Begrepet *kommunikativ handling* referer til en interaksjon mellom minst to subjekter med språklig kommunikasjons- og handlingsevne som inngår i et interpersonlig forhold (Habermas 1999a, s. 40). Aktørene søker å komme til enighet ved å drøfte seg frem til en situasjonsforståelse som er egnet til å skape konsensus, for så i samforståelse å koordinere sine planer og videre handlinger (ibid). Habermas argumenterer derfor for at kritisk selvrefleksjon, kommunikasjon og analyser av hverdagslivets samhandling, er nødvendig for at et samfunn skal fungere (Habermas 1999a).

I lys av Habermas kommunikative handlingsteori, som teoretisk grunnlag i denne avhandlingen, får *språket* og *menneskets historisitet* en særlig betydning. Kritisk teori retter samtidig oppmerksomheten mot *den tradisjonelle rasjonalitetens begrensninger* i våre forsøk på å forstå hverandre (Habermas 1999a).

Språket og diskursen

Som deltagere i praksisfelleskap lærer vi å anvende språket som redskap for å uttrykke våre tanker. Vi lærer ulike måter å snakke på som er historisk spesifikke og kulturelt situerte.

Språket er både en kommunikativ ramme vi samhandler innenfor og grunnlaget som kan danne basis som kan virke frigjørende. I Habermas kritiske filosofi legger han stor vekt på kommunikasjonsprosessen. Det sentrale temaet hos Habermas dreier seg om fornuftig, likeverdig kommunikasjon. Han hevder at vi alle daglig og rutinemessig påvirker hverandre gjennom samtaler. Samtalen er ikke kun ”prat”, sam-tale handlinger er en av de viktigste former for sam-handling. Samtalen er i følge Habermas en grunnleggende forutsetning for opprettholdelse og videreføring av vår livsverden, som omfatter kulturelle tradisjoner, gjensidig anerkjennelse i sosialt samliv og individuell identitetsdannelse (Habermas 1999a, s. 13).

Habermas tar opp forholdet mellom den enkelte og de andre, og hevder at vi først blir mennesker i vårt sosiale samspill med betydningsfulle andre. Han avviser dermed både individualistiske og kollektivistiske ideologier. Hans tilnærming er *intersubjektivistisk*. Det vil si at vår identitet og tenkning dannes og opprettholdes i samspillet med de andre. Vi er dialogiske mennesker. Vi tenker ved å benytte oss av felles språk, i dialog med hverandre.

Habermas stiller grunnleggende spørsmål om det meste i vår dagligdagse kommunikasjon, spørsmål som er så selvfølgelige at vi knapt tenker noe på det. Han spør om hva det er vi gjør når vi snakker og hvorfor vi snakker så mye. Habermas svarer på dette at:

”Når vi mener hva vi sier, hevder vi alltid en fordring om at det sagte er sant. Samtidig vet vi at argumenter som synes å være holdbare i dag, kan være uholdbare i morgen i lys av nye erfaringer og informasjoner” (Habermas 1999b, s. 22).

Når vi hevder at noe har hendt, gjør vi samtidig krav på å bli trodd. Habermas kaller dette for gyldighetsnormene (validity claims). Fordringen om sannhet og riktighet er i følge Habermas av både deskriptiv og normativ karakter.

Habermas insisterer på at moralske normer har et kognitivt innhold som kan begrunnes med overbevisende argumenter. Dersom vi aksepterer felles drøftinger som en mulighet for å løse konflikter og ikke maktbruk eller kompromisser, da praktiserer vi rendyrket argumentasjon; diskurs. I diskursen reises spørsmål om gyldighet knyttet til en handling eller ytring. I situasjoner preget av argumentativt samarbeid hvor en finner frem til grunner som kan være overbevisende for alle deltagerne, kan bare de normer gjøre krav på gyldighet som alle kan slutte seg til, hevder Habermas (1999b). De viktigste trekkene ved en slik normativ argumentasjon er:

- Åpenhet, som innebærer at alle kan delta med sitt bidrag

- Likhhet, som innebærer at alle skal gies samme mulighet til å bidra
- Oppriktighet, som innebærer at deltagerne må mene det de sier
- Tvangsfrihet, som innebærer at kommunikasjonen må være fri for ytre og indre tvang

Kalleberg (1992) legger til fellesskap som en femte norm:

- Fellesskap, som innebærer en forutsetning om at alle ønsker å komme frem til forståelse.

Å åpne seg for språkets muligheter er kanskje lettere for kvalitativt orienterte forskere enn andre, hevder Cato Wadel (1991). I formidling av forskning må vi være oss det språk vi bruker mer bevisst, og ikke bare eget språk men også informantenes. Han viser til det skjønnlitterære språket og til bruk av metaforer som kan formidle mer enn vitenskapelige genre (Wadel 1991, s. 2000). Innen den postmoderne tenkning er språket ikke et nøytralt medium. Det er kilde til makt (Bjornsdottir 1996).

Menneskets historisitet

I følge Habermas dannes vi som mennesker gjennom solidarisk kommunikativ samhandling, preget av likeverdighet og gjensidig anerkjennelse. Habermas tar altså til orde for en dialogisk prøving av normer. Kritikere vil hevde at Habermas tenkning om den kommunikative handling er idealisme og helt fjernt fra den virkelighet vi erfarer. Habermas tilbakeviser denne kritikken om utopisk tenkning, og skriver:

”Jeg sier ikke at vi kommer til å lykkes i dette. Vi vet ikke en gang om vi kan lykkes. Men fordi vi ikke vet dette, så må vi i det miste forsøke” (Habermas 1999b:32)

Om seg selv sier han: ”jeg er selv et produkt av re-education”. Med det sikter han til sin egen tidlige barndom. Jürgen Habermas ble født i 1923 og vokste opp i en liten by i Tyskland. Som mange andre på sin samtid, ble han medlem av organisasjonen Hitler-jugend, og sendt til vestfronten med saniteten. Som 50-åring gir han et intervju hvor han beskriver familiens tilpasning til denne tiden: ”En borgerlig tilpasning til politiske omgivelser som man ikke fullt ut identifiserte seg med, men som man heller ikke alvorlig kritiserte” (Habermas 1999, s. 18). Etter frigjøringen sa han: ”.. at det var et politisk kriminelt system man hadde levd i. Det hadde jeg aldri forestilt meg før”. Dette var en oppdagelse som senere gjorde at han ble opptatt av betingelser for sanne beskrivelser og moralsk riktige vurderinger.

Den tradisjonelle rasjonalitets begrensninger

Habermas hevder at våre forsøk på å forstå hverandre og samtale med hverandre på ofte foregår på en systematisk forvridd måte. Det foregår sosiale og økonomiske prosesser over hodet på oss og bak vår rygg som vi ikke er oppmerksomme på. Disse prosessene bidrar til å prege vår forståelseshorisont og gjennom den våre sanseerfaringer og erfaringer med hverandre og verden rundt oss (Føllesdal, Walløe og Elster 1996, s. 111). I følge Habermas vil deler av vår forståelseshorisont forbli skjult. En del av våre oppfatninger kommer aldri opp til overflaten og blir følgelig heller ikke tilpasset. De forblir uforandret. I stedet forandrer vi andre av våre oppfatninger (Føllesdal, Walløe og Elster 1996, s. 111). Habermas er derfor kritisk til Gadammers (1975) ensidighet i fortolkningsprosesser, og mangelen på kritiske midler for å trenge gjennom en gitt tekst (Habermas 1999).

Urettferdighet og undertrykking kan i følge Habermas være skjult for dem det gjelder. De oppfatter det ikke selv. I stedet blir det misoppfattet som økonomiske nødvendigheter. I sterkt hierarkiske organisasjoner kan for eksempel maktstrukturene oppfattes som helt naturlige, som noe vi ikke kan forandre på. Innen kritisk filosofi retter man oppmerksomheten mot slike misforhold (Kim og Holter 1995). For å kaste lys over tilblivelsen av vår forståelseshorisont, mener Habermas at vi må gå tilbake til situasjonene hvor disse oppfatningene oppstod. Ved å studere disse håper han å frigjøre oss fra forvrengningene. Dette er en uendelig prosess som styres av tanken om ”den ideelle talesituasjon” - en situasjon fri fra ytre forstyrrelser og undertrykkelse, og hvor alle fritt kan gi uttrykk for sine interesser og behov og der de beste argumenter kommer frem og blir akseptert. Denne frigjørende interessen som kjennetegner kritiske vitenskaper, er knyttet til menneskets selvrefleksjon (Habermas 1999a). Selv om det kan reises tvil om forutsetningen for den ideelle samtalesituasjon, der alle har like muligheter til å delta er realiserbar, er en viktig forutsetning for å kunne lære av erfaringer, i følge Habermas (1999a) at utsagn og handlinger blir prøvd kritisk. Kritik og et kritisk perspektiv, enten det er selvkritikk eller andres kritikk kan på bakgrunn av denne forståelsen føre til at man lærer å uttrykke seg bedre eller å handle mer i overensstemmelse med normative krav som stilles.

System og livsverden

I Habermas resonnementer om argumentasjon trekker han ikke inn institusjoner. På den annen side er han kritisk til en ensidig fokusering på individer og legger stor vekt på opprettholdelse og utvikling av institusjoner. Ensidig fokusering på enkelt personer kan få oss til å stille feil

diagnose, hevder Habermas, og til å overse forbedringsstrategier. Mens det er institusjoner som forvitres, kan man feilaktig komme til å legge skylden på påstått udugelige eller umoralske enkelt personer (Habermas 1999b, s. 33). Habermas hevder at det på 1980 og – 90 tallet har vært en overdreven tro på hva som kan oppnås gjennom markedsmekanismer og en tilsvarende undervurdering av hva som kan oppnås gjennom sosiale og kulturelle institusjoner. På grunn av denne ubalansen mener han at normer fra marked og forvaltning trenger inn i det sosiale samfunn og undergraver og omformer det. Det kan derfor være helt nødvendig å ha en kritisk vitenskap, som kan være et korrektiv til det som forgår slik at maktstrukturer kan bli avslørt.

Habermas teori om kommunikativ handling, inkluderer begrepsparet *system og livsverden* som den sosiale verdens ”to ansikt”, har bidratt til nye fortolkninger av de problemer kritisk aksjonsforskning møter når personlige, sosiale og kulturelle prosesser innen livsverden perspektivet kolliderer med prosesser som karakteriserer en situasjon sett fra et system perspektiv (Kemmis 2001). Sett fra *system perspektivet* legges det vekt på organisasjonens institusjonelle strukturer, som inkluderer funksjoner og roller og hvordan disse fungerer, og i særlig grad på oppnåelse av bestemte mål (Kemmis 2001:97). Sett fra *livsverden perspektivet* identifiserer Habermas *kultur, samfunn og person* som strukturelle komponenter, og knytter disse til prosesser som kulturell reproduksjon, sosial integrasjon og sosialisering (Habermas 1999a, s. 23). Habermas tenker seg at livsverden og system opprinnelig ikke var atskilt, men at formalisering av samhandling og kommunikasjon fører til at systemet utskilles fra det hverdagslige samkvem. Med atskillelsen etableres det en relasjon mellom dem, der den målrettede rasjonalitet og økonomiske og politiske systemer fortrenger livsverden perspektivet (Habermas 1999a).

Habermas teori om system og livsverden har gitt kritisk aksjonsforskning en teoretisk diskurs som inngang til å studere hvordan lokale endringer kan sees i sammenheng med politiske og økonomiske systemer (Kemmis 2001). I stedet for utelukkende å anvende et hermeneutisk perspektiv der deltagerne og forskers fortolkninger er kilde i forskningsarbeidets analyser, kan Habermas teori om system og livsverden bidra til forståelse av deltagerne perspektiv som strukturert av motsigelsesfulle og noen ganger konkurrerende påstander fra systemperspektivet og deltagerne egen livsverden (Kemmis 2001). Anvender man de tre komponentene sosialisering, sosial integrasjon og kulturell reproduksjon i livsverden prosessene, peker Kemmis (2001) på at aksjonsforskere sammen med deltagerne kan utforske:

- hvordan den enkeltes identitet og kapasitet formes og utvikles

- hvordan sosiale integreringsprosesser og interaksjoner mellom deltagere i en sosial setting formes og utvikles
- hvordan kulturelle reproduksjonsprosesser og transformasjon formes og utvikles (Kemmis 2001, side 101)

I studien konkretiseres disse aspektene i kvalitetsutviklingsarbeidet gjennom forskningsarbeidets datagenerering og analyser, ved utforskning av hvordan selvrefleksjon utvikles i en lærende arbeidskontekst (personnivå), og hvordan intersubjektive prosesser bidrar til utvikling av ny kunnskap og forbedring i tjenestene (gruppenivå), og til et utvidet tredje nivå som inkluderer samspill og diskusjoner i og på tvers av etablerte kommunikasjonsstrukturer i organisasjonen (organisasjonsnivå), samt relasjoner og kommunikasjon med aktører ut over de umiddelbart involverte i organisasjonen. De fire kompleksitetsnivåene i kvalitetsutviklingsarbeidet og relasjonen mellom disse som også er nevnt i oppsummeringen av kvalitetsutviklingsperspektivet i kapittel 2 (se s. 38) beskrives ytterligere som analytiske nivåer (Coghlan og Brannick 2001) i de metodiske overveielene i kapittel 4.4.

Inspirasjon og kritikk av Habermas

I det empiriske forskningssamarbeidet har jeg vært inspirert av Jürgen Habermas (1999a) i studiet av gruppeprosesser som etablerer konsensus, og det Habermas betegner den ideelle samtalesituasjon der det beste argument kan vinne frem. Problemet i samtalsituasjoner er at det sjelden finnes klare kriterier for hva som kan regnes som et godt argument, hvor godt det er og hvordan forskjellige argumenter skal vurderes i forhold til hverandre (Flyvbjerg 1994). Det betyr ikke at vi ikke skal forsøke å identifisere argumenter og vurdere deres styrke i forhold til hverandre, men heller at vi må kunne håndtere konflikter som følge av at alle parter hevder rasjonelle argumenter. Det siste er spesielt utfordrende i forskningssamarbeidet, så vel empirisk som normativt sett i forhold til kritiske diskusjoner mellom tjenesteutøvere, ledere og forsker i de tverrfaglige aksjonsgruppene, og mellom aksjonsgruppene og andre aktører og ledere i organisasjonen. Skjulte interesser og maktkamper kan ligge potensielt styrende under overflaten. Ubalanse i samtale situasjoner kan også føre til misforståelser og forvrengte budskap. På dette området er Habermas teori svakere. Han forteller oss ikke hvordan hindringer har blitt til, hvordan de virker og hvilke konkrete strategier som skal implementeres for å komme over hindringene (Flyvbjerg 1994, s. 388). Tilsvarende kan det argumenteres at Habermas sin oppmerksomhet for mer demokrati, kan komme til å avlede oppmerksomheten fra nettopp maktforhold som er en grunnleggende forutsetning for mer

demokrati. Det er også fra flere hold fremkommet kraftig kritikk av Habermas ide om den ideelle samtalsituasjon og man stiller spørsmål ved hva det kan tjene til å drømme om slik kommunikasjon, når det som gjelder i praksis, er politisk kamp om makt (Høibraaten 1999, s. 227). Andre forhold som overtalelse, materielle forhold og tvang vil også være involvert. Som tidligere beskrevet, innrømmer også Habermas (1999) dette. I alle områder kan det eksistere skjulte herredømmer som virker bak vår rygg eller over hodet på oss. I en vitenskapelig sammenheng har feministisk forskning vært opptatt av å avdekke dominans mellom kjønn (Harding og Hintikka 1983). Andre undersøkelser har påpekt den makt og suverenitet som sykehussystemet utøver over pasientene i psykiatriske institusjoner (Foucault 1973; 2000; Løchen 1976; Vatne 2004). I et endringsperspektiv synes det derfor viktig i denne studien å være oppmerksom på kommunikative strukturer i organisasjonen, selv om fokuset først og fremst er rettet mot kommunikasjon og samhandling på mikronivå.

Med teorien om kommunikatív handling, som et språklig fellesskap mellom mennesker, og kriteriene for den ideelle samtalsituasjon knytter Habermas (1999) refleksjon til intersubjektiv refleksjon. Ved å utvide det kommunikative rommet kan forskjellige stemmer bringes inn i diskursen og åpne det for kritisk refleksjon over ulike handlingsalternativer og arbeidsformer som er nedfelt i praksis. Ved å utvide perspektivet i kritisk refleksjon kan deltagerne både reflektere over egne verdier og handlinger i en konkret kontekst, drøfte ulike syn og bidra til intersubjektiv kunnskapsutvikling og konsensus om viktige praksishandlinger. Diskursen kan derfor fungere som utgangspunkt for løsning av moralske konflikter og bidra til både individuelle og kollektive kunnskapsprosesser og utvikling av enighet om handlinger i praktiske situasjoner. Systematisk refleksjon synes derfor å være en viktig metode i utvikling av praktisk kunnskap og inneha et frigjørende potensiale.

Habermas fortolker den historiske utviklingen som læreprosesser innenfor det moralsk-praktiske og empirisk-analytiske felt. Resultatene fra læreprosessene nedfelles i kulturelle tradisjoner, som gir grunnlag for ny læring (Habermas 1999a, s. 15). Habermas forutsetter ikke at tolkninger av estetiske og subjektive uttrykk kan alminneliggjøres i samme grad som vurderinger av sannhet og normativ riktighet (Habermas 1999a, s. 21). I samtaler preget av asymmetri, som for eksempel mellom pasient og pleier, kan kravene til en diskurs ikke oppfylles. Målet i samtaler mellom pleier og pasient kan derfor ikke være å komme frem til enighet, men heller å klargjøre alles interesser, ønsker og følelser. Dette innebærer at tolkningene av selvpresentasjoner i samhandlingen vil være kontekstbundne (Habermas 1999a).

Habermas peker på forskningens doble målsetting, som innebærer at forskeren ikke bare fortolker i hermeneutisk betydning, men også når et fortolkende nivå på et frigjørende nivå (emancipation). Konsekvensene av denne tenkningen kan dels føres i forhold til forskerens funksjon i det situasjonelle samarbeidet med praktikerne hvor aksjonsforskeren er aktiv og medvirker med spørsmål og kunnskap i samtalsituasjonene, og deltar følgelig som endringsagent i kunnskapskonstruksjonene (Holter og Kim 1995). En annen funksjon i kritisk forskning dreier seg om stille kritiske spørsmål ved etablert praksis, hevder Habermas (1999).

Forskeren og deltagerne i studien tar selvsagt med sin egen forståelse inn i læringsfellesskapet. Slik sett er verken forsker eller de ulike aktørene i forskningssamarbeidet fri fra sine fordommer i fortolkningene, i følge Gadamer (1975). Det er heller på grunn av denne forståelsen at situasjoner kan forstås. Det er ingen forskjell på forståelse og fortolkning, og all fortolkning involverer forståelse. Følgelig kan det heller ikke være en korrekt fortolkning. Dette betyr ikke at enhver fortolkning er vilkårlig eller fordreid. De universelle kriteriene om åpenhet, ærlighet og nøyaktighet som gjelder for all forskning må ikke krenkes, men forståelsen avhenger av personenes selvforståelse og de ulike spørsmål som stilles (Holter og Kim 1995, s. 223).

Å skape et kommunikativt rom

Teorien om kommunikativ handling (Habermas 1999) har inspirert aksjonsforskere som tilstreber å bygge kunnskapsdannelsen på gjensidig forståelse og konsensus om hva man skal gjøre i forskningsprosessen (Kemmis 2001). For å gjøre dette mulig er det nødvendig å skape et kommunikativt rom, der folk kan komme sammen, dele erfaringer, og ta opp spørsmål før de kan arbeide sammen. Habermas viser at slike kommunikative rom kjennetegnes av åpenhet og skiftende sammensetting, der den enkelte tar stilling til sin deltagelse, som talende eller lyttende. Metaforisk kan man si at den enkelte velger å delta helt eller delvis som taler eller lytter, på podiet eller galleriet, som en engasjert talsperson eller som en person som finner diskusjonen irrelevant og glir unna (Kemmis 2001, s. 103).

Ett første skritt i aksjonsforskningsprosessen er følgelig å kartlegge de kommunikative strukturene i organisasjonen, fra tjenesteutøvernes og ledernes posisjon for å skape kommunikative rom, som åpner for gjensidig forståelse og innlemming av aktuelle personer i arbeidsprosessene. Erfarne aksjonsforskere, som Sanders og Munford (2008), understreker også betydningen av å ta hensyn til eksisterende relasjoner og pågående prosesser i

organisasjonen. Gjennom etablering av ulike former av dialogkonferanser, (aksjons)nettverk på tvers av den ordinære driften i organisasjonen og eller (aksjons)grupper i arbeidsfellesskapet etablerer man relasjoner til hverandre der man ikke lenger spiller rollen som overordnet underordnet i arbeidsorganisasjonen, men er mer likestilt. Den lokale *aksjonsgruppen* eller *aksjonsnettverket* blir slik sett ikke en helhet i seg selv, men kan forstås i relasjon til og som medvirkende i endringsprosessene. Et kommunikativt rom skapes av de spørsmålene eller problemstillingen som taes opp i diskusjonene og fremmes gjennom deling av ulike syn i demokratiske dialoger (Kemmis 2001).

En del av arbeidet i et deltagende aksjonsforskningsarbeid er i lys av det foregående å styrke det kommunikative rommet, og gjøre det på en slik måte at diskusjonene åpner opp for ulike perspektiver som samtidig kan gi grunnlag for forbedring og nye aktiviteter i pleie- og omsorgstjenestene og fremme personalets kunnskapsdannelse. I avhandlingens analyser har kapittel 5 fokus rettet mot kommunikasjonsstrukturene sett fra ett arbeidslag (baseline), kapittel 6 beskriver etableringen av aksjonsgrupper og dialogkonferanser, og kapittel 7 og 8 synliggjør prosessene og resultatene av de kommunikative interaksjonene der deltagerne lærer av hverandre og søker å forbedre tjenestene.

Oppsummering

Med bakgrunn i ulike aksjonsforskningsparadigmer og karakteristika er særlig den praktiske og frigjørende tilnærmingen utforsket som grunnlag for studiens design. I den utdypende utforskningen av aksjonsforskningens deltagende tilnærming har jeg først tatt utgangspunkt i Jürgen Habermas teori om kommunikativ handling og avslutningsvis hvordan dannelsen av et kommunikativt rom konstituerer tilnærmingen. Tenkningen om sosial endring gjennom demokratiske utviklingsprosesser i grupper og nettverk, utdypes i neste avsnitt ved sosiokulturell læringsteori.

3.3 Erfaring og læring i en arbeidskontekst

I pleie- og omsorgstjenestene som arbeidskontekst, stilles tjenesteutøverne og deres ledere kontinuerlig overfor spesifikke krav i forhold til den enkelte pasient. Helsepersonell er avhengig av å kunne handle situasjonelt, revurdere situasjoner og evaluere eget arbeid gjennom kritisk tenkning. Kvalitet i tjenestene kan følgelig knyttes til tjenesteutøvernes

kompetanse i et dialektisk samspill. Kompetansen knyttet til ivaretagelse av pasientens aktuelle behov og til arbeidsorganiseringen er i motsetning til formal kompetanse, situert.

I dette avsnittet redegjøres det for læringsteorier som kan styrke forståelsen for hva det innebærer å bli innlemmet i dette arbeidsfellesskapet og dermed innføring i en spesifikk yrkesfunksjon med tilhørende ferdigheter, kunnskap og holdninger (Lave og Wenger 1991). Med utgangspunkt i sosiokulturell læringsteori rettes oppmerksomheten i avhandlingen også mot hvordan tjenesteutøvere, ledere og forsker kan utforske situasjoner i arbeidskonteksten og generere ny innsikt og forståelse i interaksjon med hverandre.

Erfaring og læring hos voksne

For å utdype aksjonsforskningens epistemologiske grunnlag knyttes kunnskapsdannelsen og læringsperspektivet til voksne i en arbeidskontekst (Loeng 2004). Dette innebærer ikke at læring som fenomen i prinsippet er forskjellig hos barn og voksne (A. Raaheim og K. Raaheim 2000, s. 6). Læring skjer hele tiden. På den annen side har voksne mer erfaringer og dermed et større potensiale til å vurdere situasjoner (A. Raaheim og K. Raaheim 2000). Vår forståelse og begrepsverden bygger på det kroppslige, og begynner med erfaringer gjennom kroppen og sansene (Gustavsen 2000). Studier av psykologisk endring og utvikling gjennom livsløpet viser også at voksne endrer seg med tiden og at de selv har bidratt til disse endringene (Thorsen 1998; Haugen og Krüger 1999). I voksen alder er fortiden og erfaringene med på å skape forventninger for sosialt samspill og selvutfordringer i nåtid (Toverud *et al* 2002, s. 28). Dette har klar relevans for læringssituasjonen i en arbeidskontekst, ettersom voksne *er* sine erfaringer (Loeng *et al* 2001, s. 25). Erfaringer er i denne betydningen noe mer enn tidligere handlinger. Erfaringer er både sansemessig og kroppslige opplevelser og handlinger som gjøres til gjenstand for refleksjon (Gustavsen 2000, Halland 2000). Verbalspråket er samtidig det viktigste verktøyet for kommunikasjonen mellom mennesker (Gustavsen 2000).

Halland (2000) viser samtidig til en mulig tosidighet i erfaringslæring som skjer gjennom hele livet, ettersom noen bruker erfaringene til å nå et høyere utsiktspunkt og en plattform å arbeide videre fra, bruker andre erfaringer til å bygge murer. Tidligere læringserfaringer i møtet med den som kan mer, kan også medføre at vi møter kunnskapen i en avmaktsrolle (Lundestøl 1999, s. 57). Lundestøl (1999) peker samtidig på dialektikken. Raaheim og Raaheim (2000) understreker at læring hos voksne handler om å forlate det faste og trygge til fordel for det nye. Det er i det nye utfordringene og veksten ligger (Raaheim og Raaheim

2000). Ved læring i en pleie- og omsorgskontekst, er det også viktig å legge til at formålet med læringsprosessene ikke har et ensidig individuelt perspektiv, men må sees i lys av et sosialt mandat (Kirkevold 1996). Dette innebærer at kompetanse og kunnskapsutvikling i en pleie- og omsorgskontekst inkluderer kunnskap i bruk som praktisk kunnskap, faglig skjønn og klokskap i hele sin samfunnsmessige og profesjonelle bredde.

Mesterlære, desentrert mesterlære og læring som sosial praksis

Erfaring og læring i praktiske yrker kan knyttes til å bli innlemmet i arbeidsfellesskapet gjennom mesterlæretradisjonen (Lave og Wenger 1991; Kvale 2003). Betegnelsen mesterlære viser til opplæringen i et fag i henhold til en lovmessig kontrakt og beskriver forholdet mellom mester og lærling (Nielsen og Kvale 1999:18). I den tradisjonelle formen finner mesterlære sted i en sosial organisasjon der lærlingen gradvis tilegner seg vesentlige ferdigheter, kunnskaper og verdier ved å gå fra legitim perifer deltagelse til å bli et fullverdig medlem av faget. Tilegnelse av faglig identitet, læring gjennom handling samt tilbakemelding (evaluering) er viktige kjennetegn (Nielsen og Kvale 1999). Mens mesterlære tradisjonelt betegnet et asymmetrisk forhold mellom en som mestrer fagets ferdigheter (mesteren), og en som ikke gjør det (lærlingen), føyer Lave og Wengers (1991) teori om mesterlære til en dimensjon ved å innlemme praksisfellesskapet. Dette innebærer ikke en motsetning til mesterlæreren, men fokus forskyves fra egenskaper ved mesteren, til organiseringen av det praksisfellesskapet læringen er en del av. Læringsressursene er med andre ord desentrert i praksisfellesskapet, derav uttrykket *desentrert mesterlære*. Et praksisfellesskap som består av menneskelig relasjoner, innebærer ikke nødvendigvis et harmonisk fellesskap. Det kan omfatte motstridende interesser i samarbeid og konflikt (Nielsen og Kvale 1999). Et praksisfellesskap eksisterer heller ikke isolert, men forekommer som en del av større helheter (ibid). I senere arbeider legger Jean Lave (2003) vekt på de mange sosiale praksiser og relasjoner læring inngår i og viderefører den situerte forståelsen av læring til læring som sosial praksis med deltagerbaner på tvers av handlingskontekster.

I pleie- og omsorgstjenestene har praktikere arbeidet parvis, gått samme turnus eller vakter og utviklet handlingsmønstre og arbeidsnormer de har funnet hensiktsmessig. På denne måten har det utviklet seg en lokal praksis, en pleiekultur (Hamran 1992). Gjennom interaksjonen mellom den enkelte yrkesutøver og pleiekulturen innlemmes tjenesteutøverne i et kollektivt og symbolsk system. Man deler problemløsninger og utvikler kunnskap og kompetanse gjennom de vedvarende interaksjonene i praksisfellesskapet (Wenger, McDermott og Snyder 2002, s. 4). Læringen som foregår gjennom ulike former for samhandling, eller deltagelse, er

situert. Den situerte kunnskapen dannes gjennom handlingsmønstre, der vurderinger og normer formes og omformes av yrkesutøvere med ulike kunnskaper og ferdigheter i et nært samspill i hverdagens praksis (Lave og Wenger 1991). Kunnskapen er konkret og livsnær, og knytter kunnskap og læring til konteksten i et gjensidig forhold. Inspirert av Lave og Wengers (1991) teori om situert læring, legges det i denne studien til grunn et relasjonelt syn på kunnskap og læring.

Det potensielle læringsnivået

Fokus i det situerte eller sosiokulturelle læringsperspektiv slik det utlegges her, er flyttet fra det individuelle læringssynet til også å dreie seg om læringsfellesskapet. Kunnskapsdannelsen legger derfor større vekt på arbeidsfellesskapet, språkets funksjon i hverdagen og de sosiale relasjonsmønstrene samt samspillet med omgivelsene i læringsprosessene. Grunlaget for denne tenkningen er inspirert av den russiske pedagogen Lev Semjonivitsj Vygotskij¹¹ (1896-1934) sine perspektiver på læring og utvikling. I følge Vygotskij utvikles menneskelig bevissthet først i fellesskapet mellom mennesker og deretter som en egenskap innen det enkelte menneske. Vygotskij viser blant annet til at språket utvikles først ”as means of communication between the child and people in the environment. Only subsequently, upon conversion to internal speech, does it come to organize the child’s thoughts” (Vygotsky 1978, s. 89). Språket er på den ene siden en bro mellom mennesket og kulturen, og på den annen side et viktig hjelpemiddel for tanken (Hoel 1999).

Vygotskij var opptatt av læringens dialogkarakter og kritiserte metoder som overlot personen til egen problemløsning. Han utledet fra dette begrepet om den proksimale (nærmeste) utviklingszone som et vesentlig trekk ved læringsprosessen:

”An essential feature of learning is that it creates the zone of proximal development; that is, learning awakens a variety of internal development processes that are able to operate only when the child is interacting with people in his environment and in cooperation with peers” (Vygotsky 1978, s. 90).

Vygotskij skiller med andre ord mellom det personen kan lære på egenhånd, og det *potensielle* læringsnivået personen kan nå i interaksjon med andre. Å anvende erfaringsbasert kunnskap i handling kan i lys av denne tenkningen, innebære å gjøre det man kan og mener er riktig på egenhånd. utfordringer løses med bakgrunn i tidligere erfaringer, og læringssituasjonen kjennetegnes av repetisjon.

¹¹ I norske oversettelser skrives egnavnet: Vygotskij (2001), mens engelsk litteratur anvender Vygotsky (1978).

Å innvie nykommere til arbeidsfellesskapet kan dreie seg og om å finne mening i det sosiale fellesskapet, ved å dele erfaringer gjennom språket. Samarbeid med kolleger kan på denne måten bidra til å vedlikeholde eksisterende praksis, selv om det alltid vil eksistere ulike former for implisitt eller taus kunnskap i den kjente sonen (Säljö 2001). Ved å samhandle med andre gjennom ulike kollektive aktiviteter, kan tjenesteutøverne utnytte de ressursene de har i arbeidsfellesskapet i den nærmeste utviklingssonen (Säljö 2001). Samhandlingen fordrer deltagelse i praksis og avhenger ikke minst av hvilket ”språk” de har til å formidle sine erfaringer og hvilke normer som er knyttet til å videreformidle erfaringene i arbeidsfellesskapet. Språket er som nevnt i kapittel 3.2 (se side 44) grunnleggende både som kommunikativ ramme vi samhandler innenfor og i identitetsdannelsen. I interaksjonen mellom den enkelte og kollektivet i den nærmeste utviklingssonen ligger samtidig grunnen for et potensielt læringsnivå av *ny viten og fremtidig kompetanseutvikling* (Säljö 2001). Samhandling og kommunikasjonen mellom den uerfarne og andre som kan mer eller noe annet blir derfor selve bindeleddet mellom individuelle og intersubjektive lærings- og utviklingsprosesser.

Vygotskij anvendte opprinnelig begrepet om den *nærmeste utviklingszone* for å beskrive hvordan prestasjoner i oppgaveløsning varierte med og uten hjelp. Hjelpen ble gitt i form av påminnelser, hint, modellering, forklaring, ledende spørsmål, diskusjoner, samhandling, oppmuntring og styring av oppmerksomhet. Dette har senere vært gjenstand for flere fortolkninger. En fortolkning legger vekt på internalisering av og avstanden mellom forstått viten som blir brakt tilveie gjennom undervisning og den aktive viten personen besitter. Fortolkningen forstår den nærmeste utviklingssonen som avstanden mellom den kulturelle viten, som leveres av den sosiohistoriske kontekst og individets hverdagserfaring. Teorien er derfor hyppig anvendt i didaktikken, som grunnlag for tilrettelegging av kommunikative læringssituasjoner. Løkensgard Hoel (1999) kritiserer denne tolkningen og antyder at en slik språkbruk viser til et endimensjonalt og vertikalt syn på utvikling og læring. Ett alternativ kan i følge Løkensgard Hoel (1999, s. 344) være å oppfatte begrepet som horisontale plan på ulike nivå der forskjellige soner griper inn i hverandre. Utviklingsnivå og dermed utviklingssonene vil variere avhengig av ulike kunnskapsområder. Løkensgard Hoel (1999) viser til skriving, som for eksempel krever kunnskap om tema, sjanger, organisering av teksten, syntaks, rettskriving, tegnsetting og evnen til å uttrykke seg variert og tydelig, for å nevne noen kunnskapsformer. I pleie- og omsorgstjenestene kan gjennomføring av enkle prosedyrer være svært sammensatte og inneholde kunnskapsformer som for eksempel håndlag, medisinsk

faglig kunnskap, hygieniske prinsipper og etikk og praktisk tilrettelegging i den kliniske situasjonen. Lave og Wenger, som er opptatt av læring i arbeidskontekster, knytter fortolkning av den nærmeste utviklingszone i et kollektivistisk eller samfunnsmessig perspektiv (Lave og Wenger 2003, s. 24). I et slikt perspektiv konsentreres oppmerksomheten om sosiale transformasjonsprosesser (Lave og Wenger 2003).

Vygotskij's vektlegging av at mennesket utvikles i en kulturell kontekst, innebærer at den kognitive utviklingen blir forskjellig i forskjellige kulturer. Hans tilnærming har et dialektisk perspektiv der han anser kognitiv utvikling som mulig kun når det lærende mennesket er i vekselvirkning med andre mennesker i sine omgivelser (Vygotsky 1978, s. 86). Vygotskij beskriver læringsprosessen som sirkulær og iterativ i den forstand at den stadig gjentar seg med et forbedret resultat. Av denne grunn fokuserer han på funksjoner som er i utvikling (det potensielle), og i mindre grad på de som er utviklet. I ettertiden kritiseres Vygotskij's teorier for at de kognitive aspektene har kommet i forgrunnen for de mer emosjonelle sider av kommunikasjon og samhandling (Skodvin 2001, s. 16). Det kan og stilles kritiske spørsmål til hvorvidt utvikling som iterativ prosess alltid fører til et forbedret resultat.

Erfaringsbasert læring og situert læringsteori

Både situert læringsteori og erfaringspedagogikk kjennetegnes ved betoning av erfaring og praksis som utgangspunkt for læring (Kvale 2003). Det er likevel viktig å understreke at det finnes vesentlige forskjeller mellom de to retningene. Mens erfaringspedagogikken er subjektorientert, er den situerte læringsteori relasjonell (Kvale 2003). Erfaringspedagogikken er kanskje mest kjent gjennom Deweys (1859-1952) begrep *learning by doing* fra begynnelsen på 1900-tallet som vektlegger relasjonen mellom kunnskap og handling og det undersøkende elementet i læringsprosesser (Vaage 2000).

Innenfor situert læringsteori er faget og den etablerte sosiale praksis det styrende for nyankommerens læring (Kvale 2003, s. 11). Den etablerte praksis kan både fungere som betingelser og ressurser i læringsprosessen. Læringsaktivitet bør i dette perspektivet ikke studeres isolert, men som nedfelt i en historisk samfunnsformasjon, innenfor rammer av menneskelig samhandling og gjennom bruk av kulturelle verktøy, som språket (Skodvin 2001, s. 9). Læringen er dialektisk og forstås som en vekselvirkning mellom mennesker i et sosiohistorisk perspektiv. En forskyvning av fokus fra individ til kontekst, innebærer at kunnskap ikke oppfattes som noe enkeltpersoner bærer med seg og anvender, men som noe

som er sosialt distribuert (Jensen 1999). *Distribuert* viser til det interaktive og kollektive i kunnskapsdannelsen.

I en yrkesmessig sammenheng innebærer læringsprosessene ikke kun kognitive aspekter, men inkluderer verdier, følelser og kroppslige erfaringer og personens totale holdning. Lindberg-Sand's (1996) studier av klinisk praksis i utviklingen av yrkeskompetanse som sykepleier, beskriver sykepleierens yrkeskompetanse som en spesiell relasjon mellom yrkesutøveren og det yrket personen utøver. Hun vektlegger at yrkeskompetansen vokser frem i en situasjonsbunden læring gjennom samspillet mellom tjenesteutøverne og den arbeidskulturen som yrket utøves innen. Benners (1984) studier av sykepleieres kompetanseutvikling viste at yrkesutøvelsen, kompetansen og arbeidsformene ofte taes for gitt og sjelden blir problematisert. Praktikerens erkjennelsesgrunnlag er altså leiret inn i kontekstuelle sammenhenger. Benners' studier viste imidlertid at noe av sykepleierens praktiske kunnskap lar seg beskrive i en *fortellende form*, fordi den narrative metoden fanger inn både det mangeartede og det kontekstbundne, som er typisk for sykepleierens kompetanse (Benner 1984). I Benners senere studier valgte hun i tillegg å observere sykepleiere i deres vanlige arbeidsomgivelser og samtale om det de gjorde nært i tid. Med det oppnådde hun en åpenbar nærhet til de krav og behov sykepleieren stilles overfor i hverdagen. I situasjonen med pasienten kunne eksperten lett forklare hvordan de arbeidet, hevdet Benner (Benner, Tanner og Chesla 1996). Benners tilnærming med deltagende observasjon og samtaler nært i tid har vært en viktig metodisk inspirasjonskilde i studien og utdypes videre i kapittel 4. 1.

Donald Schöns studier av den reflekterte praktiker, utdyper forståelsen av den profesjonelle yrkesutøvers praksis (Schön 1983; 1987). Schön kritiserte den dominerende positivistiske kunnskapsmodellen som etter hans mening var basert nærmest utelukkende på en teknisk rasjonalitet. Hans eksempler illustrerer kreativitet og intuisjon, og artisteri. De mange spontane og intuitive hverdagshandlingene, hvor vi ikke tenker over hva vi gjør, mente Schön var eksempler på at mye av vår kunnskap fungerer taust. Kunnskapen inngår i et mønster av handlinger og følelser av "know-how" (Schön 1983, s. 50). Schön hevder at den profesjonelle yrkesutøvers hverdag avhenger av slik "knowing-in-action" (Schön 1983, s. 49). Det er handlinger, oppgaver og vurderinger som utføres spontant, og som vi ikke trenger å tenke over før vi handler. Ofte er vi ikke klar over at vi har lært disse tingene, vi bare gjør dem. I noen tilfelle er vi klar over at denne kunnskapen er internalisert, andre ganger ikke (Schön 1983, s. 54).

Er en situasjon ukjent eller den faller utenfor praktikerens vanlige arbeidsfelt, vil den utløse en spesiell oppmerksomhet, hevder Schön (1983), som kan vedvare eller kun dreie seg om få minutter. I vanskelige og uoversiktlige situasjoner forsøker praktikerens å omforme problemet, ved å skape en ny ramme som så prøves ut (Schön 1983, s. 63). Praktikerens reflekterer *i situasjonen*. Det som tidligere fungerte taust, taes frem til overflaten og vurderes kritisk slik at ny handling og forståelse blir mulig. Andre ganger reflekterer praktikerens over sine handlinger *etter* de er utført, ved å tenke tilbake på det som er gjort, eller den situasjonen de har vært i. De utforsker sine handlinger og sin forståelse (Schön 1983, s. 61). Schöns poeng er som tidligere nevnt i avhandlingen (Giddens, se side 36) at kompetente praktikerens har evne til å reflektere over det hun eller han intuitivt mener er riktig å gjøre i situasjonen. Schön viser til Polanyi som først brukte begrepet taust kunnskap og viste oss hvordan vi kjenner igjen et ansikt blant tusen og hvordan vi bruker redskaper (Schön 1983). For Polanyi (1962;2000) var poenget at språket gjør det mulig for oss å synliggjøre det som har vært taust, slik at kunnskapen kan utvikles og utsettes for videre kritisk refleksjon. Det språklige og uspråklige kan på denne måten vokse sammen til *personlig kunnskap*.

Kritiske røster peker på at "taust kunnskap" nærmest har blitt et moteord (Rolf 1991; Elstad og Hamran 1995). Kritikken avviser ikke at det finnes mye taust kunnskap i vanlige handlinger (Hamran 1987), men er rettet mot en ukritisk akseptasjon av taust kunnskap som grunnlag for praksis og en overdreven tro på egne erfaringer og vurderinger (Rolf 1991). Innvendingene mot taust kunnskap går også ut på at det stilles strenge krav om verbalisering: "kunnskap er verbalisert" (Rolf 1991, s. 31). Andre legger vekt på at yrkeskunnskap kan være taust i betydningen "usigbar" som for eksempel det private sjelslivet, som i sin natur havner utenfor språket (Rolf 1991). Enkelte arbeids- og kunnskapsformer kan også være "usynlig" eller tilslørte av overskyggende sosiale strukturer som kjønn eller rådende kunnskapsformer (Habermas 1999, Bjorklund 2004). Liaschenko (1997; 2002) har for eksempel pekt på hvordan hjemmebasert omsorg, enten dette utføres av profesjonelle tjenesteutøvere eller ufaglærte, ser ut til å falle utenfor den institusjonaliserte medisinske kunnskapsbasen som blir oppfattet som kulturelt signifikant. Ellingson (2006) peker også på at kroppslige opplevelser gjerne holdes utenfor forskerens konvensjonelle rapporter.

Erfaringslæring kan også knyttes til læring i organisasjoner og til sosialisering (Sandaker 1997, Moxnes 2000, Ellström og Hultman 2004). Slik læring kan være innovativ og skapende, men også innebære reproduksjon av handlingsmønstre og sosiale systemer (Lave/Wenger 1991). Hellesnes (1975) beskriver to former for sosialisering; tilpassing og

danning. Tilpassing dreier seg om en sosialisering i det sosiale systemet hvor man lærer seg ”spillereglene” uten å se at ”spillet” kan diskuteres og endres. Mens danning har et empowering ideal, hvor man interesserer seg også for bakenforliggende strukturer, betingelser og forutsetninger (Schnack 1993). Denne forståelsen har parallell til Habermas (1999a) teori om system- livsverden perspektivene som tidligere nevnt i avhandlingen (se side 47). I et kritisk perspektiv dreier læringens dialektikk seg om en gjensidighetsprosess hvor praksis kan forstås som en refleksjon og handling i forhold til å endre omverden for å endre den (Freire 1973/1999). Hellesnes (1975) peker på at ettersom det som er sant og fornuftig ikke er entydig og heller ikke endelig, blir grunnlaget for mening til i dialogen. Ettersom dialogen er en interpersonlig prosess knyttes kunnskapsprosessen også til samspill mellom mennesker som delt forståelse (Säljød 2001). Å forstå kommunikative samspill prosesser som fremmer læring er derfor sentralt i faglige utviklingsprosesser (Dysthe 2001).

Oppsummering

Med inspirasjon fra både Habermas (1999) teori om kommunikativ handling og Vygotskijs (1978) teori om den nærmeste utviklingssonene legges det i studien til grunn et intersubjektivt læringssyn som er forankret i erfaringsbaserte læringsformer. Dette epistemologiske synet er bakgrunnen for aksjonsforskningstilnærmingens praksisnære perspektiv, der samspillet og kommunikasjonen mellom tjenesteutøvere og ledere i arbeidsfellesskapet er i fokus. For å gjøre dette mulig er det nødvendig å skape et kommunikativt rom, der man kommer sammen, deler erfaringer og tar opp spørsmål fra kjente praksissituasjoner. Teorien om den potensielle utviklingssonen legger videre grunnen for generering av ny kunnskap.

At yrkesutøvere lærer gjennom deltagelse i arbeidsfellesskapet står ikke i motsetning til at praktikerne selv konstruerer og rekonstruerer sin kunnskap og utvikler sin kompetanse. Poenget er heller å understreke at kunnskapsprosessen forstås som grunnleggende sosial (Säljød 2001).

3.4 Kjennetegn ved forskningstilnærmingen

Samhandling og refleksivitet er beskrevet foran som grunnlaget for kvalitetsutviklingsprosessene og følgelig også for aksjonsforskningssamarbeidet. Ettersom det er få norske aksjonsforskningsarbeidere innen helsefagene ble Solfrid Vatnes' doktorgradsarbeid (2004) om sykepleieres rasjonale for grensesetting i psykisk helsearbeid, en

viktig inspirasjonskilde. Selv om aksjonsforskningsdesignet utviklet av Vatne har flere likhetspunkter med anvendelse av aksjonsgrupper, har designene også vesentlige forskjeller både i kontekst og målsetting. Mens Vatne legger vesentlig vekt på utvikling av personalets rasjonale for handling, har foreliggende studie en sterkere praktisk og handlingsrettet orientering rettet mot endring i tjenesteutøvelsen.

Studiens aksjonsforskningsdesign bygger videre på Lewins (1973) ideer om å utvikle kunnskap i forskningsfellesskapet som kan føre til faktiske endringer for de det gjelder. Forskningstilnærmingen er praktisk og resultatene kan beskrives som en konstruksjonsprosess av ny kunnskap som gir grunnlag for nye tiltak og arbeidsformer (Coghlan og Brannick 2001, Kemmis 2001). Det konstruktivistiske forskningsopplegget begynner ikke med forandring, men vi søker å lære av eksisterende praksis, ved å beskrive kjente praksissituasjoner slik praktikere erfarer disse (Kalleberg 1992; Tiller 1999). Dette innebar å observere praktikere og samtale om det de gjør nært i tid, og å holde frem gode eksempler, beskrive disse i en fortellende form og sammen med praktikere og deres ledere utforske situasjonene, deres handlinger og forståelse (Benner 1984; Benner, Tanner og Chesla 1996). Vi valgte innledningsvis i tillegg å anvende Forskrift om kvalitet for pleie- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften 1997) som en vurderingsnorm.

Da studiens målsetting er rettet mot kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene har tilnærmingen et intervenserende siktemål, som er et kjennetegn i aksjonsforskning, der forskeren deltar aktivt i utviklingsarbeidet (Tiller 1999). Den intervenserende tilnærmingen har en dobbel hensikt rettet mot å forbedre kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene og generere kunnskap om utviklingsprosessene. Tiller beskriver denne forskerfunksjonen som ”den sokratiske klegg”, der forskeren hele tiden bidrar med spørsmål til kritisk refleksjon (ibid). Deltagerne valgte selv hvilke situasjoner eller temaer de mente det var ønskelig å fokusere på i kvalitetsutviklingsarbeidet og beskrev situasjonen i detalj mens jeg stilte undrende spørsmål for å stimulere til utdyping av beskrivelsene. Ved å etterspørre nære beskrivelser av kjente praksissituasjoner kunne alle delta i utviklingsarbeidet (jf den nærmeste utviklingssonen, se s.54). For å stimulere til ytterligere refleksjon over handling valgte jeg å stille åpne spørsmål og lytte aktivt slik at den som presenterte praksissituasjonen og medarbeiderne kunne utforske hva som stod på spill i situasjonen og utforske verdigrunnlaget for handling og ulike alternative løsninger gjennom det tverrfaglige arbeidsfellesskapet. Målene og kravene i Kvalitetsforskriften fungerte da som en felles vurderingsnorm som var kjent for alle uavhengig av utdanningsbakgrunn. Den innledende diskusjonen med anerkjennelse av

Kvalitetsforskriften gav videre grunnlag for kritiske analyser der deltagerne skifter perspektiv ved nære engasjerte beskrivelser og selvrefleksjon, *innenfra* og en mer distansert og vurderende refleksjon over handling, *utenfra* ved hjelp av kollegenes og forskers alternative synspunkter, eller ved felles gransking av andre lover/forskrifter som regulerer tjenestene og aktuelle lærebøker og forskning som kunne styrke innsikten i situasjonen og derigjennom begrunnelsene for handling. Det siste kjennetegner studiens kritiske analyser.

Kjernen i forskningstilnærmingen er fokuseringen på samtidighet mellom handling (aksjon) og forskning og at forskeren er deltager (Coghlan og Brannick 2001:7). Det praktiske forsknings- og utviklingssamarbeidet ble utformet underveis og problemstillinger definert i praksis i samspill med praktikerne og lederne i pleie- og omsorgstjenestene. Dette innebar at verken forsker eller noen andre utformet konkrete problemløsninger eller tiltak på egenhånd, ”vi gikk veien sammen” (Tiller 1999). Tilnærmingen fordret *aktiv deltagelse*. Aktiv deltagelse var derfor både en forutsetning og motivasjon for medarbeiderne i forskningsfeltet.

Tjenesteutøverne og deres ledere ønsket å bidra til kvalitetsutvikling og forbedre tjenestene til den enkelte pasient og styrke pleie- og omsorgstjenestenes organisering. I og med at aksjonsforskningsarbeidet foregikk innenfor en eksisterende praksis, grep forskningsarbeidet inn i den bestående organisasjonskulturen (Tiller 1999). Praktisk aksjonsforskning med et frigjørende siktemål krever derfor både tillit og tid, ettersom forskningens resultatene kan virke avslørende i forhold til strukturer som ikke er mulig å endre i praksis eller det oppstår hindringer man ikke kan finne konstruktive løsninger på.

Studiens praksisnærhet fordret derfor innsikt i organisasjonen og var også avhengig av relasjonen mellom forskeren og deltagerne i studien på ulike nivåer i organisasjonen. Fra starten av og flere ganger underveis tok forsker opp målsettingen for studien og tilnærmingene i kvalitetsutviklingsarbeidet både med praktikerne og lederne til fornyet gjennomgang. Reforhandlingene inkluderte også fornyet kontekstuell oppmerksomhet mot det vedvarende arbeidspresset i pleie- og omsorgstjenestene i forskningsfeltet, der de ulike arbeidsoppgavene fordrer umiddelbare løsninger. Den deltagende og praktiske aksjonsforskningstilnærmingen stod i denne kontekstuelle rammen overfor en rekke utfordringer som dreide seg både om å utforme et realistisk samarbeid og å innpasse forskningsaktivitetene innenfor tjenesteutøvernes praksishverdag med turnusarbeid og medarbeidere som arbeidet deltid, samt inkludere fortolkninger av praksis fra ulike aktører. Forsknings samarbeidet spenner derfor over tid og inkluderer aktører fra ulike nivåer i organisasjonen. Disse aspektene omtales nærmere i neste kapittel.

Oppsummeringsvis kjennetegnes forskningstilnærmingen ved:

- aktivt deltagende samarbeid mellom forsker og tjenesteutøvere og ledere i pleie- og omsorgstjenestene, der forsker og deltagere har komplementære funksjoner
- intervenserende tilnærming med identifisering av problemstillinger i praksis og innsikt i handlingsalternativer for å forbedre tjenestene
- refleksjon over praksis ved skiftende perspektiver (innenfra og utenfra perspektiv)
- kunnskapsgenerering som erkjenner den dynamiske kompleksiteten i pleie- og omsorgstjenestene sett over tid

Da studien er utformet i et utviklingsperspektiv, rettet både mot å forbedre pleie- og omsorgstjenestene og styrke personalets kompetanseutvikling, har forskningstilnærmingen et deltagende aksjonsforskningsperspektiv som kombinerer en praktisk tilnærming med et demokratisk og frigjørende siktemål. Forskningstilnærmingens dialogiske karakter konstituerer et kommunikativt rom der tjenesteutøvere og ledere kan komme sammen, dele erfaringer og utforske problemstillinger i praksis (Kemmis 2001). Samhandling, refleksivitet og en åpen holdning er følgelig både et mål og grunnleggende prinsipp i tilnærmingen.

Tiller (1999) understreker også betydningen av systematisk dokumentasjon og teoribygging gjennom hele forskningsprosessen som skiller aksjonsforskning fra aksjonslæring.

Teoribyggingen fordrer anvendelse av ulike teoretiske perspektiver, analyser på ulike kompleksitetsnivåer og en induktiv metalæringsprosess med grunnlag i *refleksjon over refleksjonsarbeidet* som omfatter implementeringen av aksjonsforskningscyklusene i samarbeidet med deltagerne (Coghlan og Brannick 2001). Coghlan og Brannick (2001) understreker at ny teori eller utvidelse av eksisterende teori både kan knyttes til innhold og prosess. Med fokus på målsettingen i studien har jeg valgt å legge mest vekt på *hvordan* interaktive læringsprosesser bidrog til forbedring i pleie- og omsorgstjenestene og styrket personalets kompetanse. I lys av teorier om læring og kommunikativ handling omfatter kunnskapsgenereringen deltageres (selv)refleksjoner over praksisnære situasjoner, interaktive samspill prosesser mellom tjenesteutøvere og mellom tjenesteutøvere og ledere på ulike nivåer i organisasjonen, og med aktører utover de umiddelbart involvert i organisasjonen. Utforsking av egne erfaringer og hvordan disse påvirker kunnskapsdannelsen gjennom forskningsforløpet har i tillegg vært en vesentlig del av forskers selvrefleksjon (Whitehead og McNiff 2006). Metalæringsprosessen er følgelig en kobling mellom ulike forståelsesrammer som omfatter fortolkende hermeneutikk og kritiske analyser (Denzin og Lincoln 2000). De metodiske overveielserne med systematisk datagenereringen og sykliske analyser presenteres nærmere i neste kapittel.

KAPITTEL 4 METODISKE OVERVEIELSER

De overordnede rammefaktorene og målsettingen for studien er fremstilt i innledningskapitlet, og det er redegjort for kjennetegn ved forskningstilnærmingen i kapittel 3. I dette kapitlet rettes fokus mot introduksjonen til forskningsfeltet og de sykliske kjerneprosessene i aksjonsforskningssamarbeidet. De metodiske overveielser omfatter datagenerering og analyser på ulike kompleksitetsnivåer, funksjoner i forskningssamarbeidet samt forskningsetiske overveielser.

4.1 Introduksjonen til forskningsfeltet

Da målsettingen i forskningssamarbeidet var rettet mot kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene, fordret innsikt i den lokale kontekstuelle praksis spesiell oppmerksomhet (Coghlan og Brannick 2001). Betydningen av å kjenne tjenesteutøvernes hverdag slik de erfarer den og arbeidets organisering, og sammen definere en ønsket fremtid er vesentlig ettersom dette kan bidra til å skape fokus underveis i forskningssamarbeidet.

Jeg var kjent med kommunehelsetjenesten fra egen praksis både i sykehjem og i hjemmesykepleien og fra feltarbeid i en annen kommune (Rugås 1997; 1998), men de første dagene i felt 1 fremsto som både annerledes og betydningsfulle:

*Det var stillheten som traff meg mest når jeg tenker tilbake på de første dagene i feltarbeidet. Jeg løp rundt sammen med hjelpepleierne og sykepleier i hjemmesykepleien, fra dør til dør, trapp opp og trapp ned, hus ut og hus inn. Korte møter, alvorlige samtaler med skrøpelige gamle mennesker som uttrykte glede og takknemlighet for å få hjelp til helt grunnleggende behov. "Det blir ingen pause i dag", sa hjelpepleieren, "må gjøre meg ferdig først. Kan ikke gå inn før jeg er ferdig, før de har fått det helt nødvendige". Var det bare i dag det var slik, undret jeg? Nei, det var ikke det. "Det har blitt sånn de siste årene. Det går i ett."
(Feltnotat/logg, termin 1)*

For å komme i kontakt med tjenesteutøverne og få innpass i den lokale kulturen, ble forarbeidet i felt 1 avgrenset til ett arbeidslag og tjenesteutøverne som ønsket å delta i samarbeidet. Forarbeidet dreide seg slik sett både om å tre inn i tjenesteutøvernes praksis, se, lytte, og fortolke praksis i lys av målene og kravene i Kvalitetsforskriften (1997). I det innledende forskningsarbeidet hvor jeg gjorde meg kjent med den lokale praksis anvendte jeg egne erfaringer for å kunne forstå hva som stod på spill. Situasjonsbildet som er beskrevet

over fra mine feltnotater og logg, er ett hverdagsbilde i hjemmesykepleiens praksis, der knapphet på tid og travelheten var slående. Arbeidets karakter var på den annen side preget av det enkelte møtet med mennesker i ulike livssituasjoner, med respekt og verdighet og på en slik måte at personen fikk hjelp til de mest grunnleggende behovene. Arbeidsdagens mange og ulike aktiviteter presset samtidig tjenesteutøverens kliniske beslutninger og normative handlingsvalg, og satt henne¹² nærmest i en utmattende arbeidssituasjon. Hun så ingen mulighet for å endre på situasjonen og gav heller ikke uttrykk for opposisjon, men valgte å sette egne behov i løpet av arbeidsdagen til side og arbeidet i det stille.

Situasjonsbildet minnet meg om en skruestikke som år etter år var strammet til en fastlåst posisjon. En posisjon hvor det primære fokuset sett fra sykepleierne og hjelpepleiernes side dreier seg om å kunne ivareta den enkelte pasients grunnleggende behov og ønsker, og samtidig håndterer krav om rettferdig og nøysom bruk av offentlige ressurser. Situasjonen beskriver et spenningsfelt der kvaliteten i tjenestene preges av vanskelige kombinasjoner av innlevelse, tidspress, fysisk krevende arbeid i møte med mennesker i vanskelige livssituasjoner og av tjenesteutøverens kompetanse. Situasjonsbildet kan på den annen side sees som uttrykk for hvordan tjenesteutøverne tilpasser seg endrede rammebetingelser som vanskeliggjør ivaretagelsen av kvaliteten i tjenestene, og hvordan de kompenserer presset ved stadig å strekke seg. Å redusere hjelpen til helt grunnleggende behov synes ikke å være aktuelt. Kanskje tvert om kunne det synes som om den enkelte tjenesteutøver stod i et spenningsfelt hver dag, hvor problemstillingene og løsningene ble privatisert og forsterket av de tradisjonelle arbeidsformene i hjemmesykepleien hvor pleierne arbeider alene.

Mine undrende spørsmål etter det aller første inntrykket i det innledende feltarbeidet var derfor hvorvidt det ville være mulig å løsne på skruen og skape rom for kritisk reflektive dialoger i arbeidsfellesskapet og tjenesteapparatet som helhet og der igjennom bidra til utvikling gjennom erfarte kunnskapsprosesser. Videre hva det ville innebære å bryte stillheten om den enkelte tjenesteutøvers kliniske hverdagsbeslutninger i arbeidssituasjonen og de endrede rammevilkårene blant kollegene i organisasjonen. Ville det bryte stillheten, skape motstand mot endringsprosesser eller kunne det føre til forbedringer i tjenesteutøvelsen?

Det innledende feltarbeidet var inspirert av aksjonsforskningens etos om å gjennomføre arbeidet sammen med deltagerne innenfor en samarbeidende forskningsstruktur (Reason og Bradbury 2006). Dialogene med tjenesteutøverne var derfor like viktig som de spesifikke resultatene, ettersom deltagerne gjennom samarbeidet bidro med kunnskap om

¹² Da tjenesteutøverne i forskningsfeltet de første tre årene kun var kvinner, anvendes personlig pronomen ”hun”.

tjenesteutøvelsen og vi sammen kritisk vurderte arbeidsformene i et *lærende fellesskap*. Problemstillinger i tjenesteutøvelsen og i forhold til arbeidets organisering var således ikke definert på forhånd, men ble identifisert underveis, og ble senere grunnlag for de sykliske arbeidsprosessene i forskningssamarbeidet. Den innledende kunnskapsdannelsen dreide seg slik sett både om tjenesteutøvernes førstehåndserfaringer med granskinger i egen praksis og mer vurderende dialoger. En grundigere analyse fra dette innledende samarbeidet i felt 1 fremstilles i kapittel 5.

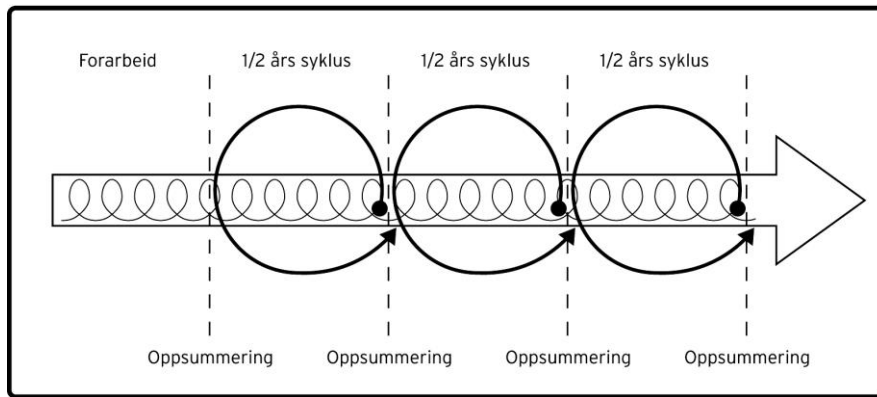
4.2 Den doble aksjonsforskningsspiralen

Å delta i aksjonsforskningssamarbeidet omfatter praksisnære aktiviteter og en læringsprosess, der både forsker og den enkelte deltager stiller spørsmål, bidrar til refleksjon og genererer kunnskap. Ettersom datagenereringen og analysene er gjensidig avhengige, er kunnskapskonstruksjonene viet god plass i metodeoverveielser (Kemmis 2001).

Kjerneaktivitetene i aksjonsforskningssprosessen kan i sin enkleste form beskrives som diagnostisering, planlegging, handling og evaluering (Coghlan og Brannick 2001).

Kjerneaktivitetene i foreliggende studie omfatter utforskning av kliniske situasjoner i hjemmesykepleiepraksis eller i sykehjemmet, der analyse og fortolkning av data og evaluering av arbeidsprosesser danner grunnlag for videre handling. Det er sykliske prosesser som hele tiden bygger på hverandre (Lewin 1973; Carr og Kemmis 1986; Coghlan og Brannick 2001).

I figur 2 er forskningstilnærmingen fremstilt i en dobbel spiral der den innerste spiralen illustrerer den fortløpende arbeidsprosessen med kjerneaktivitetene. Datagenereringen og forskningsarbeidets analyser går tett innpå disse interaktive og kommunikative utviklingsprosessene. Den doble refleksjonsspiralen innebærer at samtidig som man er engasjert i aksjonsforskningens kjerneaktiviteter, må man hele tiden vurdere hvordan aksjonsprosessene forløper, hva en erfarer og lærer gjennom prosessene for å utforme det videre arbeidet. Det er denne dynamiske refleksjonsprosessen som innlemmer læringsprosessene om aksjonssyklusene, som gjør aksjonsforskning til noe mer enn alminnelig problemløsning i hverdagens praksis (Coghlan og Brannick 2001, s. 19).



Figur 2: Den doble aksjonsforskningsspiralen

I aksjonsforskningslitteraturen knyttes forskningsprosessene til intenderte forandringer, som involverer re-læring (re-education) eller endring av vel etablerte tanke- eller handlingsmønstre (Coghlan og Brannick 2001, s. 5). På dette nivået er både forsker, praktiker og ledere deltagere i en utforskende granskings- og refleksjonsprosess. Evnen til å lære i handling, erfaringsbasert refleksjon og forståelse, og å utforske bakgrunnen for ulike alternative tiltak og å kritisere egne antagelser i møte med andres, er noe man arbeider med gjennom hele forskningsforløpet. *Notatene* fra aksjonsgruppene har derfor med både faktiske beskrivelser av ulike temaer, og deltageres ulike vurderinger. I denne betydningen anvendes utvikling både om individuelle og om kollektive lærings- og endringsprosesser. Dette innebærer ikke at alle former av utvikling og endring lar seg styre eller måle. I studien valgte vi derfor å ta utgangspunkt i eksisterende praksis, og i samarbeid med deltagerne summere erfaringene regelmessig gjennom kritisk refleksjon, for på den måten få øye på endringer som har skjedd underveis som grunnlag for videre planlegging. Det er viktig å poengtere at halvårs oppsummeringer er et metodisk grep som anvendes systematisk, for å få øye på gradvise endringer og at de kvalitative endringene ikke nødvendigvis løper parallelt med oppsummeringene.

Street (1995) understreker også at forskningsprosessen innebærer planlagte handlinger og systematisk datainnsamling for analyse som er noe annet enn vanlige møter i avdelingen. Hun legger også vekt på at det er nødvendig med distanse, for å få et klart bilde av hva som skjedde når handlingen ble implementert. Sett i lys av Vygotskij (1978) teori om den nærmeste utviklingssonen hjelper den distanserte, men samtidig erfaringsbaserte metarefleksjonen deltagerne å se og vinne innsikt om hvordan de bidro til forandring i praksis i en ønsket retning. Retningen ble i denne studien synliggjort blant annet ved å anvende

helselovgivningen med forskrifter som standard. Metarefleksjonen og kunnskapsdannelsen forutsetter at tjenesteutøverne og lederne har *deltatt* i de grunnleggende erfaringsbaserte refleksjonene. Det faktiske antall deltagere og analyse av deltagelsesnivåer og interaksjonen mellom deltagerne på ulike nivåer i organisasjonen inngår derfor som en vesentlig del av analysearbeidet (se videre i kap. 6.3 Deltagelsesnivåer).

Skillet mellom kjerneaktivitetene og refleksjonene underveis, og læring som metarefleksjon er et analytisk skille. I virkeligheten knyttes refleksjonen til tolkningene av konkrete situasjoner, diskusjon av alternative tiltak og i oppsummeringer både i en gruppesamtale, etter noen gruppemøter der man ”tømmer” erfaringer i forhold til ett tema, og i systematiske halvårsoppsummeringer. Det er viktig å understreke at i dette refleksive arbeidet har aksjonsforskeren kun en stemme (”single voice”) i en kontekst der mange deltar (Coghlan og Brannick 2001, s. 115). Den doble aksjonssyklusen eller metalæringen dreier seg slik sett om en dynamikk, der man bruker seg selv som instrument i datagenereringen, og anvender selvrefleksjon og sensitivitet i forhold til hva man tenker og opplever i tolkningene, støttet av teoretiske referanserammer (Coghlan og Brannick 2001).

4.3 Deltagere og organisering av aksjonsgrupper

En oversikt over forskningsfeltet med avgrensinger ble presentert i innledningskapitlet (se side 9-13). I dette avsnittet presenteres deltagerne i felt 1 og 2 og organiseringen av aksjonsgruppene.

Deltagere i forskningsfelt 1 og 2

Felt 1

Forskningsfelt 1 var avgrenset til ett arbeidslag i sone ”Sentrum”. Ved oppstart av forskningssamarbeidet hadde arbeidslaget 24 stillinger¹³, og bestod av arbeidslagets leder, sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, hjemmehjelpere og assistenter.

Forskningssamarbeidet i felt 1 inkluderte i tillegg arbeidslagets tverrfaglige medarbeidere i sone ”Sentrum” som aktivitør, psykiatrisk sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og sosionom. Det tverrfaglige personalet i sonen ivaretok tjenester i flere arbeidslag og enheter.

¹³ Det totale antall stillinger var 30, og inkluderte personell i et bofellesskap for voksne funksjonshemmede personer. Stillingene i bofellesskapet inngår ikke i forskningsarbeidet, da denne tjenesten ble overført til en annen virksomhet i løpet av det første året. Antallet stillinger er opptalt etter arbeidslister.

16 tjenesteutøvere fra arbeidslaget, 1 sykepleierstudent og 1 ergoterapeut (tverrfaglig medarbeider fra sonen) deltok fra oppstart i de første fire aksjonsgruppene i termin 2.

Antallet stillinger i arbeidslaget var i termin 7 økt til 28, og fordelt på 44 personer. I termin 7 deltok 40 tjenesteutøvere i aksjonsgruppene i felt 1, hvorav 6 sykepleiere, 17 hjelpepleiere, 20 hjemmehjelpere/assistenter og en fysioterapeut og en ergoterapeut fra sonen (se tabell 4). I tillegg var 3 øvrige tverrfaglige medarbeidere (psykiatrisk sykepleier og to dagsenterledere) med på enkelte gruppemøter og i tillegg var 6 sykepleierstudenter og 5 hjelpepleierelever med i deres praksisperioder. Sosionomstillingen var vakant.

Tabell 4: Deltagere i faktiske tall og prosentfordeling, felt 1

STILLINGER	DELTAGERE TERMIN 7	DELTAGERE TERMIN 1-8
Sykepleiere (inkl avdelingssykepleier/psykiatrisk sykepl)	6 (15,2 %)	9 (17,3 %)
Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere (inkl hj.pl med spesialutdanning)	17 (37,0 %)	29 (55,8 %)
Hjemmehjelpere/ assistenter/miljøarbeidere	20 (43,5)	10 (19,2 %)
Andre med 3-årig helse- eller sosial faglig utdanning (i sonen)	2 (4,3 %)	4 (7,7 %)
totalt:	46 (100 %)	52 (100 %)

Fra forskningstermin 1-8 har totalt 52 tjenesteutøvere deltatt i felt 1 (se tabell 4). I tillegg har studenter og elever deltatt i deres praksisperioder og andre tverrfaglige medarbeidere har vært invitert til enkelte samtaler. Sammenholdt med det faktiske antallet arbeidstagere pr forskningstermin 7 hadde sykepleiere, tverrfaglige medarbeidere og hjelpepleierne en sterk deltagelse i felt 1. Det ble ikke registrert systematisk frafall i disse yrkesgruppene kontrollert etter arbeidslister, utover fravær som følge av turnusarbeid, nyansettelse og overgang til andre stillinger/utdanning (se vedlegg 5: Oversikt over deltagere i felt 1). At det er færre deltagere i gruppen hjemmehjelpere/assistenter sett over tid skyldes at noen assistenter kun arbeidet i helger og at hjemmehjelpsgruppen først kom i gang på slutten av termin 4.

Arbeidslagets leder, to hjelpepleiere og tre assistenter har deltatt gjennom hele forskningssamarbeidet i felt 1 fra forskningstermin 1 til og med 8.

Deltagernivåene i gruppene utdypes i kapittel 6.4.

Felt 2

Forskningsfelt 2 omfatter personalet på tvers av arbeidslagene i sone ”Sør”.

Oppsummeringen i forskningstermin 8¹⁴ viste at sonen hadde 97 budsjetterte stillinger fordelt på 181 personer hvorav avdelingsledere og turnuspersonale fra fire arbeidslag (75) og en spesialavdeling for personer med demens (11), natteam (10), og tverrfaglig personale (1).

Sonen hadde cirka 500 brukere og det geografiske området omfattet ca 6000 innbyggere¹⁵.

Deltagerne i forskningssamarbeidet i felt 2 bestod av både sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter (se tabell 6) fra ulike arbeidslag i sonen. Samarbeidet ble etablert i forskningstermin 5 og vedvarte til og med termin 9. Totalt 24 deltagere deltok i 2 grupper. Det faktiske antallet deltagerne utgjorde kun 13 % av personalet i sonen, men i løpet av forskningsforløpet har vel 100 tjenesteutøvere fra sonen deltatt på seminarer i regi av ”dokumentasjonsgruppen”. Tverrfaglige medarbeidere ble invitert til gruppens diskusjoner underveis.

Tabell 5: Deltagere i faktiske tall og prosentfordeling, felt 2 (2 grupper)

STILLINGER	DELTAGERE TERMIN 5-9
Sykepleiere (inkl avdelingssykepleiere/psykiatrisk sykepl)	10 (41,6 %)
Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere (inkl hj.pl med spesialutdanning)	9 (37,5 %)
Hjemmehjelpere/ assistenter/miljøarbeidere	5 (20,8 %)
Andre med 3-årig helse- eller sosial faglig utdanning	0
totalt:	24 (100 %)

En sykepleier og en hjelpepleier har deltatt gjennom hele forskningssamarbeidet i ”dokumentasjonsgruppen” fra forskningstermin 5 til og med 9.

Organiseringen av aksjonsgruppene

Aksjonsgruppene i felt 1 og 2 var åpne for nye medarbeidere underveis som ønsket å delta og for studenter/elever i deres praksisperioder.

¹⁴ Personaloversikten pr forskningstermin 8 inkluderer her kun medarbeidere i pasientrettede stillinger som har definert dokumentasjonsansvar (97). Det totale antallet stillinger var 110 (inkl kjøkken, merkantilt personell og husøkonom).

¹⁵ Opplysninger fra fungerende virksomhetsleder i sone ”Sør”.

Aksjonsgrupper i arbeidslaget

Aksjonsgruppene i forskningsfelt 1 var organisert innen ett arbeidslag. Organiseringen ble foreslått av arbeidslagets leder i samråd med tjenesteutøverne og ut i fra identifiserte pasientgruppers behov for tjenester og behovet for kompetanseutvikling i arbeidslaget. Deltagerne i gruppene bestod av primærkontaktene i arbeidslaget, tverrfaglige medarbeidere fra sonen og studenter/elever i deres praksisperioder. Deltagerne gav disse gruppene betegnelsen ”ressursgrupper”. Fire ressursgrupper (A, B, C, D) kom i gang i termin 2. Antall grupper ekspanderte ettersom deltagerne i de første gruppene vant erfaringer og nye utfordringer ble stilt til arbeidslaget. To grupper (gruppe A og C) opprettet i tillegg interne arbeidsgrupper for å utvikle og gjennomføre avgrensede aktiviteter (se tabell 6).

Tabell 6: Aksjonsgrupper i felt 1, etter halvårsterminer

GRUPPER / TERMINER:	2	3	4	5	6	7	8
A ”Avdelingen”	x	x	x	x	x	x	x
B ”Kreft/døende i hjemmet”	x				x	x	*
C ”ADL/Sår”	x	x	x	x	x	x	x
D ”Psykiatri/demens”	x	x	x	x	x	x	*
E ”Hjemmehjelp”			start desemb.	x	x	x	*
F ”Omsorgsbolig”					start desemb.	x	*
Arbeidsgruppe (til A) ’Sosiale aktiviteter’		x	x	x			
Arbeidsgruppe (til C) ’Herreklubben’				x	x	x	x
Arbeidsgruppe (til C) ’Hjemmebasert rehabilitering’				x			
Arbeidsgruppe ”Sykepleierens funksjon”					x	x	

* i 8, markerer grupper med støtte fra ny ekstern prosessleder

Ressursgruppene A – F har hatt fast møtetid 1 time hver annen uke, varierende fra 5-12 timer pr halvårstermin. Turnuspersonalet hjalp hverandre og overtok oppgaver for å kunne sette av fast tid. Arbeidsgruppene tilpasset møtetid til deltagerens turnusarbeid. I arbeidsgruppen ”sosiale aktiviteter” innebar dette for eksempel at deltagerne møttes en time hver 6. lørdag, ettersom det var den eneste tiden alle var på vakt samtidig etter turnusplanen.

”Personalet i arbeidsgruppen som planlegger sosiale aktiviteter i sykehjemsavdelingen har kun en time hver 6. lørdag hvor de er på vakt samtidig. Dersom ”kveldsvaktene” kommer en time før mot avspasering senere, kan vi møtes mellom kl 14-15 når pasientene hviler middag – da er personalet på dagvakt også mer fristilt. Det er den tiden vi har innenfor turnusplanen!” (feltnotat/termin 2).

Ressursgruppe B og arbeidsgruppen ”hjemmebasert rehabilitering” inviterte til samarbeid med personale i andre arbeidslag og med rehabiliteringsavdelingen. Selv om samarbeidet var ønsket av avdelingslederne og fagpersonalet, fungerte ikke gruppesamarbeidet på tvers på grunn av sykdom og vakante stillinger.

For å styrke sykepleiernes faglige identitet og samarbeid i arbeidslaget opprettet sykepleierne en arbeidsgruppe, som hadde 15 samlinger av 1 time over 2 terminer i forskningsterminene 6 og 7.

Arbeidslagets leder deltok først kun i gruppe A, men etter ønske fra medarbeiderne i oppsummeringen i termin 2 har lederen deltatt i alle gruppene. I hver gruppe ble det oppnevnt gruppeleder som sørget for informasjonsflyt, forberedelse og oppfølging av tiltak. Forsker fungerte som prosessveileder først aktivt som moderator i gruppene, men senere i en mer tilbaketrukket posisjon. Da arbeidslagsleder og deltagerne i gruppene ønsket å fortsette arbeidet i gruppene med støtte fra ekstern prosessveileder ut over forskningsperioden, ble ansvaret i gruppene gradvis overført til nye prosessveiledere i termin 8.

”Det har blitt min form å lede arbeidslaget på” (oppsum intervju arb.leder/t 7).

Arbeidslagets leder vurderte organiseringen av personalet i grupper som effektivt i forhold til å sikre kvalitet i tjenesteutøvelsen og kontinuerlig styrking av personalets kompetanse. Gruppene har fortsatt arbeidet.

Aksjonsgrupper på tvers av arbeidslag

Aksjonsgruppene i forskningsfelt 2 var organisert på tvers av arbeidslag og spesialavdelinger i sonen ut i fra fem temaer, som var identifisert av ett utvalg oppnevnt av sonelederen under planleggingen av kvalitetsutviklingsarbeidet i sonen (forskningstermin 4). De foreslåtte temaene for kvalitetsutviklingsarbeidet i sonen var:

- 1. ”Markedsføring av egen arbeidsplass. Hva skal vi gjøre for at sone ”Sør” er attraktiv å jobbe i?*
- 2. Hva skal vi gjøre for å beholde personalet i sone ”Sør”? Hva kan jeg gjøre for å gjøre hverdagen bedre for mine medarbeidere?*
- 3. Hvordan jobbe systematisk med fagutvikling?*
- 4. Hvordan sørge for at våre brukere får større medbestemmelsesrett?*
- 5. Sykepleiedokumentasjon” (Feltnotat/felt 2/ t 4).*

Personalet i sonen ble oppfordret til å velge grupper på tvers av arbeidslagene. Forslagene var rettet både mot personalets arbeidssituasjon, rekruttering og styrking av tjenesteutøvelsen.

Bakgrunnen for tema 1 og 2 kan begrunnes med vedvarende mangel på kvalifisert personale, som også var dokumentert i kommunens personalplan. Personaloversikten i sone ”Sør”¹⁶ viste at 57 % av sykepleier/miljøterapeut stillingene var besatt, 75 % av budsjetterte hjelpepleierstillinger var besatt med hjelpepleier og 52 personer var assistenter uten formell helsefaglig utdanning.

I samråd med soneleder ble forskningssamarbeidet avgrenset til gruppene 4 og 5 da temaene har relevans til kravene i Kvalitetsforskriften (1997) om å gi brukerne medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenesten (tema 4), og sykepleiedokumentasjon (tema 5) er en del av forskriftens krav om skriftelige prosedyrer. De to aksjonsgruppene: ”Brukermedvirkning” og ”Sykepleiedokumentasjon” kom i gang i januar i forskningstermin 5 med totalt 19 påmeldte deltagere på tvers av arbeidslagene i sone Sør (se tabell 7). Det foreligger ingen rapport fra de øvrige tre gruppene, og disse inngår ikke i forskningsarbeidet.

Tabell 7: Aksjonsgrupper i felt 2, etter halvårsterminer

GRUPPER/TERMINER	5	6	7	8	9
Brukermedvirkning	x				
Sykepleiedokumentasjon	x	x	x	x	x

Gruppen ”Brukermedvirkning” bestod i oppstarten av 2 sykepleiere, 3 hjelpepleiere, 2 assistenter og 1 omsorgsarbeiderlærling. Etter ½ år med deling av erfaringer om brukermedvirkning i praksis sett i lys av Kvalitetsforskriften (1997) og felles lesing i gruppen av Solfrid Vatnes bok *Pasienten først?* (Vatne 1998), valgte gruppen å avslutte arbeidet på dette nivået på tvers av arbeidslagene. Begrunnelsen for å avslutte arbeidet på tvers av arbeidslagene var at deltagerne i gruppen mente det fortsatte arbeidet for å styrke brukerens faktiske medvirkning burde ta utgangspunkt i den daglige samhandlingen med den enkelte bruker i arbeidslaget. Videre kvalitetsutviklingsarbeid ble derfor foreslått å fortsette i det enkelte arbeidslag der alle medarbeidere kunne bidra til individualisering av tjenestene.

I oppsummeringen fra ”Brukermedvirkningsgruppen” vurderte deltagerne at ett viktig tiltak for å styrke brukermedvirkning var å dokumentere brukerens behov og ønsker. Gruppen mente derfor at endringstiltak på tvers av arbeidslag i sonen kunne gjennomføres ved

¹⁶ Personaloversikt sone ”Sør” pr termin 8.

initiativene i ”Dokumentasjonsgruppens” arbeid. En sykepleier valgte derfor å fortsette ved å gå over som deltager til dokumentasjonsgruppen.

”Brukermedvirkningsgruppen” har hatt 8 gruppemøter, totalt 19 arbeidstimer.

Gjennomsnittlig deltok hver deltager på 3-4 møter. Ingen deltagere deltok på alle møter.

Gruppen avsluttet arbeidet etter en halvårstermin.

Gruppen ”Sykepleiedokumentasjon” hadde 11 påmeldte tjenesteutøvere i oppstarten, hvorav 4 sykepleiere, 6 hjelpepleiere og 1 assistent. 6 møtte frem til første gruppesamling, mens fire var sykemeldt og en i permisjon. To deltagere arbeidet på natt, mens de øvrige gikk i turnus med dag-/ kveldsvakter og arbeid hver 3 - 4 helg. På grunn av turnusarbeidet valgte deltagerne i dokumentasjonsgruppen å avtale gruppens samlinger når flest mulig kunne delta etter turnusplanen. Deltagerne tok også hensyn til arbeidsbelastningen i arbeidslagene.

Utviklingsarbeidet i dokumentasjonsgruppen foregikk både gjennom planlagte gruppesamtaler, seminarer for medarbeidere i sonen og gjennom samhandling i arbeidslagene ved overgangen til nytt dokumentasjonssystem.

Dokumentasjonsgruppen har hatt 21 gruppemøter av ca 1 ½ time og tre oppsummeringsseminarer, totalt 69 arbeidstimer. I tillegg planla og gjennomførte gruppen 6 dagsseminarer om dokumentasjon med totalt 89 medarbeidere fra sonen (helsepersonell med autorisasjon, erfarne assistenter og sykepleierstudenter) og ett sluttseminar med 17 deltagere fra sonen. Etter seminarene deltok gruppens deltagere i arbeidslagene med overgangen til nytt dokumentasjonssystem.

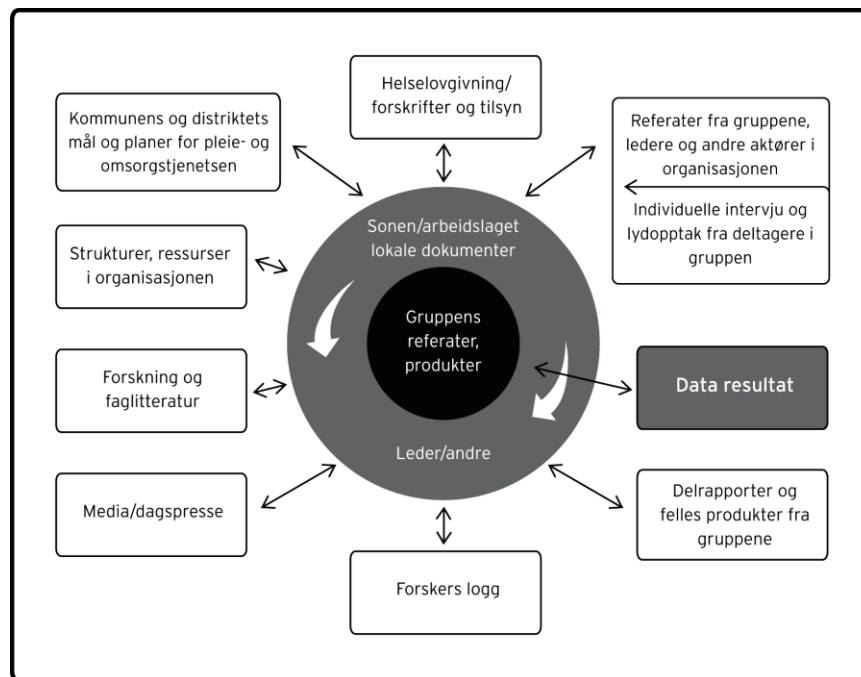
Analysen fra dokumentasjonsgruppens arbeids- og læringsprosesser fremstilles i kapittel 8.

4.4 Datagenerering og analyseprosessene underveis

Datagenereringen og analysene i kvalitetsutviklingsarbeidet tar utgangspunkt i tjenestene slik de er sett med forskers og deltagerens øyne. Dette innebærer ikke at forskningen er naiv eller primitiv. Studiens nærhet til praksis og grundighet i datainnsamling og analyser kjennetegnes av at det anvendes ulike metoder slik at ulike syn kommer frem underveis.

Datakonstruksjonen - arkivet

Datainnsamlingen og analysene er i aksjonsforskning sammenvevde prosesser der metodene kan variere underveis. En gruppesamtale kan slik sett fungere både som en av gruppens aktiviteter, og som en form for datakonstruksjon (Winter og Munn-Giddings 2001). En oversikt over de kommunikative samhandlingsprosessene og systematiseringen av data er illustrert i figur 3. Datakonstruksjonen illustreres som samvirkende prosesser underveis, men også som ”data resultat” som grunnlag for analyser gjennomført av forsker i ettertid.



Figur 3: Datakonstruksjonen og arkivet

Sentralt i de samvirkende prosessene som illustrert ved de to sirklene i figur 3, er de kommunikative prosessene i gruppene og 1) interne dokumenter som skapes intersubjektivt i aksjonsgruppene (”Gruppens referater og produkter”), 2) lokale dokumenter som utvikles gjennom samhandlingen mellom aksjonsgruppene og ledere og andre aktører i sonen/arbeidslaget (”Sonen/arbeidslagets lokale dokumenter”) og 3) intervju med enkelt deltagere i gruppene og ledere. I tillegg omfatter datamaterialet 4) mine feltnotater og logg og 5) individuelle arbeidsmapper fra deltagere i felt 2. For å holde oversikt over datakonstruksjonen arkiverte jeg data fra 1 – 4 kronologisk i separate mapper.

Referater fra aksjonsgruppene, individuelle intervju og delrapporter som ble utviklet underveis i samarbeidet mellom forsker og deltagerne er fremstilt i separate mapper i

illustrasjonen, ettersom disse både var egne dokumenter og del av den totale datakonstruksjonen (figur 3).

De øvrige arkivmappene (til venstre i fig 3) bestod av 6) lover, forskrifter og offentlige meldinger som regulerer de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, 7) kommunens og distriktets mål og planer for pleie- og omsorgstjenestene, 8) oversikt over personalressurser og budsjett i distriktet, 9) forskning og anvendt faglitteratur i forskningssamarbeidet, samt 10) oppslag i media vedrørende forskningsfeltet som ble diskutert med deltagerne underveis.

Forskningsprosessens kjerneaktiviteter dreier seg om å studere feltet innenfra, men samtidig i vekslingen mellom ulike fokus. Det ene fokuset omfatter tjenesteutøverens forståelse av pleie- og omsorgstjenestene til den enkelte pasient i sykehjemmet eller i hjemmesykepleien, tjenesteutøverens handlingsrepertoar, emosjonelle opplevelser, kroppslige erfaringer, verdier og holdninger til egen yrkesutøvelse, beskrevet som det faglige skjønnet (se s. 36). Det andre fokuset er intersubjektivt og omfatter tjenesteutøvernes samhandling, arbeidets organisering inklusive dokumentasjon, innenfor organisasjonens spesifikke og historisk betingede kontekst. Datakonstruksjonen og arkivet omfatter derfor ulike fokus og kompleksitetsnivåer i kvalitetsutviklingsarbeidet oppsummert tidligere i kap 2.5 og i grunnlaget for analysene i forskningstilnærmingen som utledet i kap 3.4 (Coghlan og Brannick 2001; Reason og Bradbury 2006). Datagenerering på det individuelle og intersubjektive nivået omfatter alle deltagere, og inneholder situasjonsbeskrivelser og tjenesteutøvernes egne artikulerte erfaringer og intersubjektive situasjonsbeskrivelser der deltagerne bygger på hverandres utsagn i gruppen.

Data fra gruppesamtaler, ledere og andre aktører

Notater

Det ble ikke anvendt lydopptak i aksjonsgruppene da samtaler kunne berøre sensitive opplysninger, men etter forhandling med deltagerne kom vi frem til at det skulle skrives et *notat* fra alle gruppemøter enten av en deltager i gruppen eller forsker. I planlagte samtaler med ledere eller enkelt aktører i distriktet var det alltid forsker som skrev notatet.

Notatet omfatter hvor samtalen fant sted, når og hvem som deltok. I motsetning til vanlige møtereferater og rapporter, som kun referer vedtak, gir de systematiske notatene innsikt i ulike situasjoner og arbeidsprosesser, ulike synspunkter, diskusjoner av alternative tiltak og

noen ganger også referanser til ressurspersoner og litteratur. Notatene var konkrete, og synliggjorde spesifikke tiltak slik utdraget fra gruppe A's notat viser under:

Notat fra gruppe A – avdelingen torsdag (første gruppemøte etter sommerferien/termin 6)

Tilstede: 1 sykepleier, 2 hjelpepleiere, 2 assistenter, arbeidslagsleder og forsker

Tid/sted: kl. 14.00 – 15.00, pauserommet i 1.etg

Foreslåtte temaer:

1. Ajourføring av primærkontakt og sekundærkontakt
2. Bordplassering under måltider
3. Ny beboer i avdelingen (kvinne)
4. Ny sykepleier i gruppen
5. Nytt tiltak i avdelingen: Fast trimdag
6. Planlegging av felles sosiale aktiviteter for beboerne i avdelingen - ute og inne

1. Ajourføring av primærkontakt /- sekundær

En rask gjennomgang viser at det mangler oppføring av hvem som er primær og sekundær på de fleste hovedkortene. Avdelingsleder vurderer dette ut i fra beboernes behov og personalets kompetanse. Hjelpepleiere er sekundær for faste assistenter i sykehjemsavdelingen. Vi følger opp dette på neste møte.

2. Bordplassering under måltider

Sykepleieren tar opp en situasjon der en beboer var blitt plassert alene på gangen. Hun synes ikke at beboere skal sitte på gangen alene å spise. Var dette en tilfeldighet?

Vurdering Det er trangt om plassen under måltidet på stua. Det er ikke plass til alle ved det store felles bordet. I tillegg benyttes små bord med riktig spisehøyde. Gruppen mener sofaen er for lav til å brukes ved måltider. Dersom en beboer får besøk under måltider, oppfordres beboer til å ta i mot besøket utenfor spisestua.

Beboeren har vanskelig for å tygge og svelge, kan være til sjenanse for andre. Beboeren tar ofte maten ut av munnen – noe som kan oppleves uappetittlig. Kan dette skyldes at hun ikke får mat med riktig konsistens? Hjelpepleier H sier: ”hvis vi er flinke til å mose, så spiser hun opp – ikke noe hardt”.

Måltidene er et hyggelig felles samlingspunkt i avdelingen. For å gi beboerne nok tid og ro under måltidet, må de som er ansvarlige på stua være mest mulig i ro. Ingen beboere skal spise på gangen alene.

Gruppen tar på seg ansvar for å lære opp nye medarbeidere om hvordan man praktisk kan tilrettelegge bordplasseringen (hvem som ønsker å sitte hvor). Det er ikke faste plasser.

Notatskriving er samtidig noe mer enn en gjenfortelling av et faktisk arbeid. Skrivearbeidet fungerer som refleksive skriveprosesser (Dysthe og Engelsen 2003). Notatene hjalp også deltakere i delte stillinger og i turnusarbeid å holde tråden mellom gruppemøtene, og man kunne kommentere de planlagte tiltakene og diskutere resultatene ved begynnelsen av hvert møte.

Fra forskningstermin 1 til og med 9 ble det skrevet notat fra totalt 290 planlagte gruppemøter, hvorav 249 i felt 1 og 41 i felt 2. I tillegg skrev forsker notat fra 60 samtaler med ledere i de to forskningsfeltene. Totalt inngår da 350 refererte samtaler i forskningsarbeidets analyser (se tabell 8).

Tabell 8: Refererte samtaler (faktisk antall)

SAMTALER /HALVÅRS TERMIN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
Felt 1		18	36	21	40	47	71	16		249
(antall grupper)		(4 gr)	(4 gr)	(5 gr)	(7 gr)	(8 gr)	(8 gr)	(3 gr)		
Felt 2					17	5	5	9	5	41
(antall grupper)					(2 gr)	(1 gr)	(1 gr)	(1 gr)	(1 gr)	
Felt 1 og 2 ledere	10	7	8	5	11	8	5	5	1	60

Halvårsoppsummeringer – milepæler i ettertid

I gruppens halvårige oppsummeringer var *notatene* et effektivt virkemiddel for å analysere fremdriften. Ved å skille arbeidsoppgavene og gruppeprosessene, som forgår samtidig og er gjensidig avhengig av hverandre, fikk gruppen øye på gruppeprosesser som hindret fremdriften og hva som virket fremmende, slik som illustrert i eksemplet under (figur 4).

GRUPPEPROSSESSER:	ARBEIDSOPPGAVER:
November / desember Danning av gruppene = aksjonsgrupper Frustrasjon	Inndeling i grupper /valg av gruppeleder Kurs i gruppedynamikk
Januar Oppstartfasen. Gruppens spilleregler formes Gruppens egenart utvikles Frustrasjonene mildner "Nå kan det bli litt orden på dette her"	Fra utviklingsarbeid til forskningsprosjekt: avklaring av strukturelle rammer og målsetting Erfaringsutveksling om egen dokumentasjonspraksis Lese for å lære
Februar Gruppen utvikler logo: skilpadde "går sakte men sikkert mot målet" Gruppens 1. arbeidsfase kommer i gang	Gjennomgang av Kvalitetsforskriften Drøfting av egne erfaringer i dokumentasjonspraksis i lys av Kvalitetsforskriften "Hvorfor dokumentere sykepleie?" Leser: K. Heggdal (1999) Sykepleiedokumentasjon, kapitte 1
Mars – april Arbeidsfase forts.	Gjennomgang av juridiske rammene for sykepleiedokumentasjon ved Lov om helsepersonell, og Pasientrettighetsloven Leser: K. Heggdal (1999) Kap. 4
Mai – juni Arbeidsfase forts.	Diskusjon av egne erfaringer sett i lys av faglige og juridiske krav til dokumentasjon. Oppsummering av problemstillinger. Skriftlig delrapport til soneleder og distriktsleder i løpet av juni måned. Venter på respons fra soneledelsen Avgrensning av arbeidsområde for videre arbeid til høsten
Juli: Sommerferie	
August "Ny oppstart" av gruppen	Oppsummering fra forrige halvår. Konkretisering av mål og nye planer

Figur 4: Milepæler sett i et reflekterende tilbakeblikk – dokumentasjonsgruppen/felt 2

Figur 4 illustrerer "dokumentasjonsgruppens" tilbakeskuende blikk på arbeidsoppgavene og gruppeprosessene i en ½ års periode. Kommunikasjonsmønsteret og det sosioemosjonelle

gruppemiljøet i dokumentasjonsgruppen var sterkt preget av frustrasjon i oppstarten (november/desember). Deltagerne opplevde arbeidet som pålagt, og de var lite motivert. Avklaring av strukturelle rammer som frigjøring av tid innenfor turnus, og deling av erfaringer knyttet til temaet styrket engasjementet og fellesskapet i gruppen. Deltagerne i ”dokumentasjonsgruppen” planla aktiviteter i fellesskap over flere terminer. De systematiske oppsummeringene styrket gjennomføringen. Sett i ett reflekterende tilbakeblikk kom innholdet i samtale, samhandlingsprosesser i gruppene og resultatene av gruppearbeidet tydeligere frem. Halvårsoppsummeringene motiverte deltagerne til videre arbeid. Å erkjenne at man hadde overvunnet frustrasjon, gav også enkelte deltagere en ekstra gevinst når dette ble oppdaget i ettertid. Å være oppmerksom på både arbeidsprosessene og gruppeprosessene underveis, og samtale om hva som skjer i prosessen, bidro både til gjenkjennelse og læringsprosesser som styrket kommunikasjonsmønsteret og effektiviteten i gruppene. Erkjennelsen i kvalitetsutviklingsarbeidet var samtidig at det er vanskelig å fremsette en nøyaktig plan på forhånd. Underveis erfarte noen deltagere endringsprosessene som ønskelige, mens andre erfarte arbeidet som krevende.

Ettersom små endringer kan være vanskelig å få øye på underveis, oppsummerte alle gruppene sine aktiviteter hvert halvår. Ved oppsummeringene ble gruppenes delmålsettingene ajourført og nye problemstillinger identifisert for neste termin i kvalitetsutviklingsarbeidet. Halvårsoppsummeringene bidro både til kontinuitet i gruppene og som metalæringsprosesser med synliggjøring av fremdriften i de ulike arbeidsprosessene i kvalitetsutviklingsarbeidet. Tilnærmingen med tilbakeskuende analyser omtales i forskningslitteraturen som ”retroductive logic” eller abduktiv tenkning (Bjørndal 2007). Dette aspektet utdypes videre i kap. 4.4.

Lokale rapporter

I arbeidslaget (felt 1) og i dokumentasjonsgruppen (felt 2) ble det utarbeidet lokale delrapporter for å oppsummere resultatene fra kvalitetsutviklingsarbeidet underveis. Hensikten var og å bidra til kunnskapsspredning i organisasjonen. Kunnskap om forbedringsområder og tiltak som krevde felles innsats, ble på denne måten gjort kjent utover de nærmeste impliserte. Delrapportene var samtidig ett viktig innspill til virksomhetsledelsen i det totale kvalitetsutviklingsarbeidet, og synliggjorde både *hva* gruppene arbeidet med og *hvordan*.

For den enkelte og for gruppen ble arbeidet med systematiske oppsummeringer og de lokale rapportene opplevd som en vesentlig del av deres kompetanseutvikling. Arbeidet ble opplevd som en viktig del av læringsprosessen for den enkelte:

”Det var helt utrolig flott å stå med rapporten i hånden. Har aldri gjort noe sånt før (skrive rapport). Jeg kjente meg stolt.” (oppsum hj.pl/dok.gr/felt 2/ t 1)

De lokale rapportene styrket også den interne kunnskapsoverføringen når det kom nye deltagere i ressursgruppene underveis. 6 lokale rapporter inngår i datamaterialet (se vedlegg 6: Oversikt over ikke publiserte rapporter).

Forskere feltnotater og logg

For å styrke datakonstruksjonene underveis og for å kunne dokumentere utviklingsarbeidet som foregikk over lang tid og på flere samtidige nivåer, har jeg hele tiden nedtegnet feltnotater og ført logg. Denne skriveprosessen bidro også til å oppøve mine refleksive ferdigheter (Coghlan og Brannick 2005).

Feltnotatene inneholder ulike dokumenter; fortløpende observasjons- og refleksjonsnotater, metodiske notater og transkripsjoner fra individuelle intervjuer. I tillegg har jeg ført logg med tilhørende teoretiske notater.

Fortløpende observasjons- og refleksjonsnotater

De fortløpende notatene omfatter alle planlagte observasjoner, samtaler med enkelt personer og grupper. Inspirert av Spradley (1980) ble de fortløpende notatene utformet som et teatermanus med navn på deltagere, sted og skisse av hvordan deltagerne plasserte seg i rommet og rundt bordet, tidsrammen, og innholdet i dialogene. Notatet ble skrevet underveis i samtalen så nøyaktig som mulig.

Umiddelbart etter samtalen ble ufullstendige setninger og ikke verbale emosjonelle uttrykk fra dialogene ført inn i notatet med en annen farge så nøyaktig som mulig. I tillegg tilførte jeg et eget *refleksivt notat* med utgangspunkt i spørsmålene:

Hva dreide denne samtalen seg om? (innholdet/arbeidsprosessen)

Hvordan var relasjonen mellom deltagerne? (kommunikasjon/gruppeprosessen)

Hvordan bidro jeg og hvordan opplevde jeg denne samtalen (forskere selvrefleksjon).

Metodiske notater

Etter utskrivning av observasjons- og refleksjonsnotatet oppsummerte jeg *spørsmål* til videre analyser. På dette første nivået i datakonstruksjonen, fungerte feltnotatene også som en huskeliste for det jeg skulle legge merke til eller for temaer jeg ønsket å ta opp i videre samtaler.

Transkripsjon fra intervjuer

Lydopptak er kun anvendt i planlagte intervjuer med enkelt personer og i oppsummeringsintervjuer etter avtale. Jeg har transkribert alle lydopptak selv, for å bevare nærhet til materialet og ha en ekstra kontroll i analysene. Ved å lytte til stemmene, kunne jeg også fange opp ulike stemninger og styrke min egen selvrefleksjon. Transkriberingsprosessen gav samtidig en viss avstand og mulighet til å ha et kritisk syn på egne tolkninger (Kvale 1997).

Logg

Etter utskrivning av observasjons- og refleksjonsnotatet valgte jeg å anvende prosessorientert skrivning i logg, som en måte å *reflektere på refleksjonene* (Dysthe 2001). Loggen er en håndskreven bok helt uten linjer, der jeg fortløpende reflekterte og forsøkte å forstå utviklingen i forskningsarbeidet. Som fortløpende notat etterprøvde jeg egne argumenter og tankerekker, skrev ut kontrasteringer, tegnet skisser til figurer og prøvet ut nye perspektiver. Loggboken ble også brukt til å skrive ut følelsesmessige opplevelser, jeg fant vanskelig å dele med andre. Egne erfaringer både kognitivt, emosjonelt og kroppslig ble skrevet ned fortløpende på høyre side.

Situasjoner som var festet til sterke emosjonelle reaksjoner, enten i glede eller fortvilelse fikk et spillerom i disse notatene. Ved å stille spørsmål til egne opplevelser kom også flere alternative fortolkninger tilsyne slik eksemplet fra loggboken etter de første observasjonene viser under:

Etter den første observasjonen på sykehjemmet skrev jeg i feltnotatene: Hva er det som gjør meg så uvel og kvalm? Er det de mørke bildene og den tunge morgenluften som hang i korridoren? Eller er det forskrekkelsen over at det bor en eldre mann i korridoren bak et skjermbrett? Eller var det hvordan personalet tok imot meg, som en fremmed, en som enda ikke hadde noe der å gjøre? En opplevelse jeg kunne kjenne igjen fra å være ny i en arbeidssituasjon (logg/termin 1).

Ved regelmessig å gå tilbake til den håndskrevne loggen, brukte jeg venstre side i boka til å markere temaer og foreløpige modeller. Lesing av loggens venstre side gav i ettertid innsikt i temaer som stadig kom tilbake, og synliggjorde utviklingen i kvalitetsutviklingsarbeidet sett over tid (forløpsanalysen) (jf analyser i ettertid, kap. 4.4). I ett loggnotat reflekterte jeg på arbeidsfordelingen i hjemmesykepleien og i sykehjemmet, som vist under:

Tabell 9: Logg notat, termin 6

TEMAER	FORTLØPENDE LOGG NOTAT
Å utfordre sedvanen: 1-1 og/eller par	<i>Dato</i> <i>I dag tok en av hjelpepleierne i gruppe C opp at hun ble gående mye alene i hjemmesykepleien. "Det blir jo tungt", innledet hun en situasjonsbeskrivelse med, og så kom hun visst på en motsatt situasjon fra da hun var inne (i sykehjemmet) en kveld. "Nå merket jeg forskjellen", sa hun. Dette skapte mye diskusjon i gruppen. Normen var at: Å gå alene var mest effektivt og best. Var det fordi hun ufordret sedvanen – og det selvstendige arbeidet i hjemmesykepleien? Jeg var også kjent med den tradisjonelle arbeidsformen, og normene om å arbeide selvstendig i hjemmebasert omsorg. På den annen side: I gruppe A som har fokus på beboerne i sykehjemmet, vil flere helst arbeide i par? Etter termin 3 hvor vi hadde fokus på førstegangsbesøkene i arbeidslaget, gjennomfører arbeidslagslederen og fysioterapeuten nå (i termin 6) de fleste førstegangsbesøkene sammen, fordi de vurderer det som mest effektivt. De har kommet inn i vanen med det og tilpasser avtaler. "Tidligere fortalte sykepleierne meg hva de så – det er ikke tverrfaglighet" (fysioterapeuten)</i>
Tverrfaglighet	

Teoretiske notater

Hendelser som aktiverte foreløpige teoretiske analyser og teoretiske referanser til tidligere observasjoner ble notert i loggen, og markert i marginen med TN, mens et mer fullstendig teoretisk notat ble skrevet ut i elektronisk format.

Oppsummering

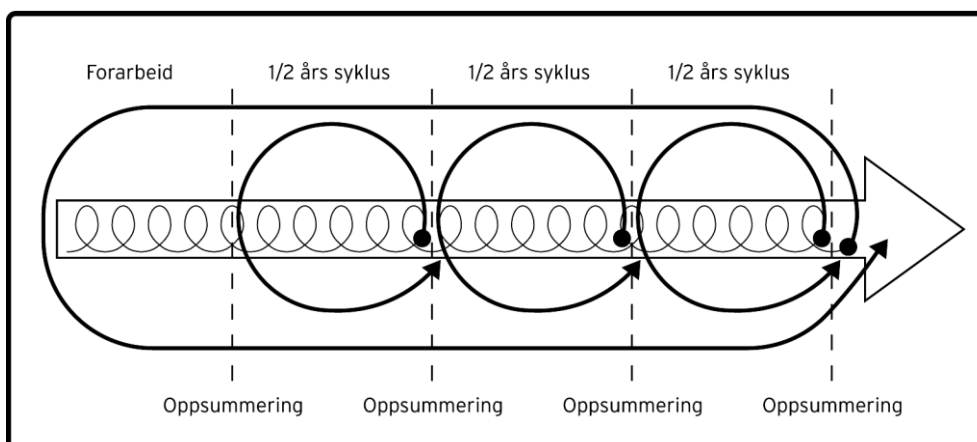
Den dynamiske refleksjonsspiralen satte deltagerne i stand til å oppdage, (meta)lære og utvikle ny kunnskap og endre tjenesteutøvelsen, mens organiseringen i aksjonsgrupper, notatskrivingen og halvårsoppsummeringer og lokale rapporter kan betegnes som forskningstilnærmingens metodiske grep. Halvårsoppsummeringene gav også en nødvendig distansering til de umiddelbare erfaringene, og dannet grunnlag for ettertenksomhet og kritiske vurderinger av hvorvidt tjenesteutviklingen hadde en ønsket retning sett i lys av prosjektets målsetting og Kvalitetsforskriften (1997) krav. Den doble

aksjonsforskningsspiralen bidro på denne måten til en veksling mellom et hermeneutisk og kritisk perspektiv i analysene underveis (Denzin og Lincoln 2000).

4.5 Analysene i ettertid

Analysene som er gjennomført i ettertid etter samarbeidet i forskningsfeltet var avsluttet, har fokus rettet mot studiens andre målsetting som er å generere kunnskap om kvalitetsutviklingsarbeidets muligheter og begrensninger i utvikling av tjenestene og personalets kompetanse. I denne fasen av forskningsprosessen dreide analysene seg om å se tilbake på de dynamiske refleksjons- og arbeidsprosessene i forskningssamarbeidet som ble gjennomført i samarbeidet med deltagerne (Coghlan og Brannick 2001). Refleksjonene omfatter forløpet og prosessene i kvalitetsutviklingsarbeidet, og en vurdering av hva som virket fremmende og hemmende på arbeids- og læringsprosessene (forskningsspørsmål 1 og 2).

Analysene omfatter alt datamaterialet som ble utviklet underveis og inkluderer de samme kompleksitetsnivåene som er presentert tidligere; selvrefleksjon, interaktive og lærende prosesser i aksjonsgruppene, relasjonene mellom aksjonsgruppen og øvrige medarbeidere og ledere, og et utvidet tredje nivå i organisasjonen som inkluderer spredning av kunnskap utover de umiddelbart involverte i organisasjonen (Coghlan og Brannick 2001; Reason og Bradbury 2006). Analysene i ettertid kan følgelig beskrives som en *refleksjon over refleksjonsarbeidet* og illustreres som en trippel aksjonsforskningspiral (se figur 5).



Figur 5: Refleksjon over refleksjonsarbeidet – en trippel aksjonsforskningspiral

Refleksjonene i denne fasen av analysearbeidet omfatter både fortolkende hermeneutiske analyser og et kritisk perspektiv. Analysene i ettertid er gjennomført i flere omganger, og med hjelp av de analytiske nivåene (omtalt tidligere) og ulike teoretiske rammer.

Induktive og abduktive analyseprosesser

For å få innsikt i hva som skjedde i forskningssamarbeidet og generere kunnskap om kvalitetsutviklingsarbeidets muligheter og begrensninger leste jeg først gjennom alle gruppenotater kronologisk for å få en oversikt over forløpet, og utarbeidet et kort halvårssammendrag med gruppens deltagere, delmål, viktige temaer i samtalen, anvendt litteratur, interne og eksterne seminarer, samt gruppens evaluering av terminen (se vedlegg 7: Halvårsoppsummering termin 7, gruppe D). Derneft leste jeg gjennom materialet en gang til og flettet sammen gruppens notater og egne feltnotater til ett kronologisk materiale for hver gruppe for å få frem forløpet og resultatene av det interaktive arbeidet, det aksjonsforskere beskriver som "the story" (Coghlan og Brannick 2001, s. 112), som er en viktig fase i analysene (Se vedlegg 8: Analyse – sammenfletting, gruppe A, termin 7). Jeg anvendte i tillegg tenkningen om ulike analytiske kompleksitetsnivåer, og markerte om gruppens oppmerksomhet var rettet innad i gruppen, mot enkelt personer og eller i relasjon til andre aktører og ledere i organisasjonen. Dette var et tidkrevende arbeid ettersom dataarkivet inneholdt materiale fra en fire-års periode. Å sette sammen materialet på denne måten gjorde meg samtidig oppmerksom på betydningsfulle temaer i samtalen og hvordan ulike kommunikative handlingssekvenser hadde ført til kvalitative endringer i pleie- og omsorgstjenestene. Da både emosjoner og tanker er en del av refleksjonsprosessen, var vi i halvårsoppsummeringene oppmerksomme på både arbeidsprosesser og hvilken betydning følelser kan ha hatt i kvalitetsutviklingsarbeidet i forhold til vurderinger og handlinger (Coghlan og Brannick 2005, s. 37). I analysene i ettertid ble variasjoner i samtalemønstrene og det emosjonelle miljøets betydning for fremdriften i arbeidet enda tydeligere. I noen gruppesamtaler var det mye engasjement, og en atmosfære preget av nærhet og fellesskap mellom deltagerne. Dette åpnet for ulike argumenter og alternative løsninger. I andre grupper kunne noen samtaler være preget av det motsatte: deltagerne var fåmælte, og stemningen preget av distanse og manglende fellesskap. Ved å anvende både feltnotater, gruppens notater og mine loggnotater hvor jeg fortløpende hadde reflektert på refleksjonene i disse tilbakeskuende analysene ble jeg oppmerksom på slutningsrekker som var ført underveis og

pleiernes kollektive arbeidsnormer. Jeg søkte også å være oppmerksom på samtaleprosesser og la merke til mulige feiltolkninger som følge av overgeneralisering, sort-hvitt tenkning eller for raske konklusjoner. Det hendte at tempoet i gruppesamtalen ble svært høy når mange ville ta opp "sine" enkelt situasjoner. I ettertid så jeg at slike samtaler var preget av rapportering, og i mindre grad en aktiv refleksjon.

Jeg tok deretter ut betydningsfulle enkelt sekvenser til en nærmere innholdsanalyse for å få frem kunnskap om 1) "saken" som kunne være faktaopplysninger om pasienten eller temaet, 2) tjenesteutøverens selvrefleksjon, 3) den reflekterende dialogen og 4) resultatene som kunne være konkrete mål for pleien eller mer generelle handlingsnormer (se vedlegg 9: Sekvensanalyse, gruppe A, termin 4). Jeg samlet deretter disse nærgående analysene i strukturerte oversikter (se vedlegg 10: Oversikt innholdsanalyse, gruppe A).

Etter dette omfattende induktive analysearbeidet var det fortsatt vanskelig å trekke ut essensen i arbeidet. Jeg opplevde å sitte fast i kategoriseringen, uten egentlig å få frem de mange ulike perspektivene jeg hadde erfart som så vesentlig i forskningssamarbeidet. Jeg opplevde å være i et tomrom, og i en svært presset situasjon ettersom tiden gikk. Erfarne aksjonsforskere beskriver denne perioden som "the messy turn" (Cook 2009) i det hermeneutiske analysearbeidet, og peker på at det er en hard og vanskelig periode å komme gjennom. Håndbøkene i aksjonsforskning og annen kvalitativ forskning anbefaler at man i denne fasen søker etter en teoretisk begrepskontekst (Coghlan og Brannick 2001, Kvale 1997; Thagaard 2009). Jeg tok derfor tak i de teoretiske overveielser som lå til grunn for forskningstilnærmingen, og anvendte et dialektisk perspektiv for fortolkningen av datamaterialets meningsinnhold (Thagaard 2009). De hermeneutiske fortolkningene på dette nivået går utover det som er direkte sagt og omfatter strukturer og relasjoner av mening som er fremkommet i refleksjonene mellom funn i studien og teori, altså en abduktiv tilnærming (Kvale 1997; Thagaard 2009).

Bjørndal (2007) sammenligner aksjonsforskerens abduktive analysetilnærming med detektivarbeid som Sherlock Holmes, der slutningene underveis i etterforskningen bygger på spor i saken og foreløpige hypoteser, som blir fulgt opp med nye observasjoner. Tilsvarende slutningsprosesser anvendes også i pleie- og omsorgstjenestene når pleieren på bakgrunn av noen enkelt tegn, må trekke en foreløpig slutning om hvordan hun/han skal handle i en situasjon (Carnevali 1987). Den abduktive tilnærmingen anvendes derfor underveis i studien

og ved alle halvårsoppsummeringene, for å vurdere det neste trinnet i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Oppsummering

Analysene av fremdriften i kvalitetsutviklingsarbeidet er nøye forbundet med hvordan deltagerne forstår den umiddelbare praksissituasjonen de står i, ønsker om endring og hvordan man sammen klarer å skape engasjement gjennom de ulike fasene i forskningssamarbeidet (Denzin og Lincoln 2000). Studiens hensikt impliserer også kritisk vurdering og problematisering av viktige prosesser og premisser i tjenesteutøvelsen, og tjenesteutøvernes refleksivitet og faglige prosesser knyttet til utforskning av praktikernes arbeidsformer og dokumentasjon i praksis (Kemmis 2001). Den kritiske tilnærmingens utfordringer inkluderer utvikling av bevissthet om makt i relasjoner (Foucault 1982) gjennom styrket selvrefleksjon og reflekterte dialoger situert i praksis (Reason og Bradbury 2006).

4.6 Funksjoner og relasjoner i forskningssamarbeidet

Prinsipielt kan det skilles mellom tre idealtypiske samarbeidsformer mellom forsker og deltagere i aksjonsforskning; sterk forskerprofil og motsatt en lav forskerprofil som reiser spørsmål om man trenger forskeren overhodet. (Gustavsen og Sørensen 1982). I forskningssamarbeidet søkte vi å etablere komplementære roller, med en gjensidig balanse mellom forsker, tjenesteutøvere og ledere, og hvor forskningen kan tilføre noe som ellers ikke ville ha vært der (Tiller 1999).

Å røre ved de etablerte strukturene i organisasjonen, kan virke frigjørende. På den annen side minnet rapporter fra tidlige aksjonsforskningsprosjekter i Norge på 1960 og -70 tallet med et demokratisk ideal, om at når arbeiderne i de store bedriftene utfordret bedriftens ledere, førte det til at forskerne ble kastet ut (Gustavsen og Sørensen 1982). Studier av klinisk veiledning peker også på at en styrket faglig oppmerksomhet kan øke tjenesteutøvernes frustrasjon når det ikke er tilstrekkelig rom for endringer i organisasjonen (Begat, Severinsson og Berggren 1997). Sykepleieforskeren Carol Munn-Giddings understreker også de særegne kravene aksjonsforskere i helse- og sosialtjenestene står overfor. I motsetning til modellene fra utdanningsforskningen som ofte er individualiserte prosjekter, er aksjonsforskning i helse- og

sosiale tjenester kollektive prosjekter som gjerne impliserer hierarkiske og multiprofesjonelle rammer (Munn-Giddings, McVicar og Smith 2006).

Det innledende forskningssamarbeidet i distriktet dreide seg følgelig om å tre inn i organisasjonens formelle strukturer, om å bygge relasjoner og samtidig ivareta en nødvendig analytisk distanse med kritisk selvrefleksjon (Coghlan og Brannick 2001). Å forske *med* heller enn å forske på praksis, dreide seg samtidig om en prosess der jeg måtte ta stilling til eget ståsted så vel som praksis i seg selv. Kemmis og McTaggart (2000) minner om at i den sammenheng er både praksis og forskningen politisk.

Relasjonsbygging og avklaring av funksjoner på ulike nivåer

For at ledere i organisasjonen skulle kunne være aktivt og forpliktende med i kvalitetsutviklingsarbeidet, valgte jeg å "feste" prosjektet hos pleie- og omsorgsledelsen i kommunen og i pleie- og omsorgsdistriktet fra begynnelsen av. Underveis har vi kontinuerlig forsøkt å styrke det kommunikative rommet på alle nivåer i organisasjonen gjennom uformelle samtaler, seminarer og lokale rapporter.

Ved å etablere samarbeidet fra pleie- og omsorgssjefen i kommunen initierte distriktsledelsen til videre informasjonsmøter med soneledelsen og avdelingsledere i felt 1, hvor vi sammen utforsket grunnlaget for et mulig samarbeid. Kontakten mellom forsker, distriktslederen og sonelederene/virksomhetslederne var preget av gjensidig informasjonsutveksling i forhold til den overordnede målsettingen og utvikling av en foreløpig samarbeidsplan som avklarte funksjonene i utviklingsarbeidet. Distriktslederen mente videre det kunne være nyttig om forsker gav tilbakemeldinger fra det lokale arbeidet i arbeidslaget underveis:

"Det er jo alltid nyttig at noen kommer inn utenfra og ser på hva vi holder på med"
(feltnotat, samtale m/distriktsleder, t 1)

Ettersom forskningsarbeidet har vedvart over flere år, har forsker og virksomhetslederne hatt flere konstruktive samtaler hvor vi har planlagt seminarer for hele virksomheten. Samtalene har vært preget av informasjonsutveksling og ulike synspunkter. En leder omtalte meg i samtalen av og til i tredje person, som en som kommer utenfra, som "læreren".

Omorganiseringprosesser i den kommunale administrasjonen påvirket samarbeidet, da noen ledere fikk omgjort sine stillinger underveis i prosjektperioden.

Jeg fikk tilgang til lokale dokumenter i distriktet som virksomhetsplaner og referater fra ledermøter, og tilgang til kontor og møterom i sykehjemmet.

Å gi stemme

Jeg var ikke kjent med den lokale praksis i arbeidslaget. Jeg valgte derfor etter å ha innhentet tillatelse, å innlede forskningssamarbeidet med deltagende observasjon. Begrunnelsen for dette er forutsetning om å *gi stemme* til hverdagens selvfølgheter og praksis og artikulere praktikernes kunnskaper og arbeidsformer (Reason og Bradbury 2006). Dette epistemologiske perspektivet som er grunnleggende i deltagende aksjonsforskning legger større vekt på alle former av erfaringskunnskap og kunnskapsdannelse gjennom handling enn tradisjonell vitenskap, som privilegerer kunnskap gjennom tenkning over kunnskap gjennom handling (Reason og Bradbury 2006).

Under feltarbeidet i hjemmesykepleien tok alltid tjenesteutøveren ansvar for å informere pasientene og vurderte hvilke situasjoner jeg ikke kunne være med i. Jeg presenterte meg som sykepleieforsker, og fikk dermed en posisjon i bakgrunnen under hjemmebesøkene. I samtalen med sykepleierne og hjelpepleierne mellom hjemmesykepleiebesøkene, delte vi felles erfaringer. Pleierne fortalte spontant om sine observasjoner, gjerne også om bakgrunnen for situasjonen og videre planer. Selv om samtalene var korte gav de samtidig mulighet for utdypende spørsmål. Jeg skrev ut mine feltnotater nært i tid, og gav de tilbake til tjenesteutøveren som grunnlag for en samtale i ettertid (Sorell/Redmond 1995). I samtalene i ettertid la pleieren også til opplysninger som utdypet forståelsen av situasjonene, og vi reflekterte sammen i forhold til de situasjonene vi hadde erfart. Resultatene fra dette innledende forskningssamarbeidet i arbeidslaget fremstilles i kapittel 5.

Tillit, nærhet og refleksivitet

For å skape den nødvendige tillit mellom deltagerne og forsker kreves det at forsker kan vise i handling at hun er til å stole på, mener Tiller (2004, s. 25). Jeg valgte å presentere meg hele tiden som forsker og la til at jeg var sykepleier og hadde spesiell interesse for arbeidet med eldre. I gruppene snakket alle til hverandre med fornavn. Tonen mellom deltagerne i gruppene og forsker var åpen og preget av nærhet og en felles orientering om praksis og arbeidet med å forstå og finne gode løsninger. At jeg var sykepleier og høgskolelektor ved videreutdanningen i aldring og eldreomsorg gjorde min funksjon i de faglige dialogene legitim. Jeg kjente kodene og kunne fort kjenne igjen problemstillingene som ble reist av deltagerne. Jeg var samtidig oppmerksom på at deltagerne kjente sin praksis best, og inntok en spørrende holdning til praksisformene.

I det innledende feltarbeidet med deltagende observasjon, holdt jeg meg mest mulig i bakgrunn for å få øye på interaksjonene (termin 1). Mellom to hjemmebesøk, spurte jeg hjelpepleieren hvordan hun opplevde det å gå sammen med forsker. Hun trakk på skuldrene, smilte og sa: ”*det går greit – du er jo i bakgrunnen*”. Hjelpepleieren mente det kunne være bra at noen så hva de gjorde positivt og negativt. Deltagerne beskrev at de var oppmerksom på min tilstedeværelse i begynnelsen, men at det ikke var særlig annerledes enn å ha med seg en ny. Noe de var svært vant med. Selv om yrkesutøvelsen var kjent, kjente jeg ikke de lokale arbeidsformene og den lokale kulturen. Det skapte en opplevelse av ”fremmedhet” som gav praktikerne et spillerom som var ukjent for meg som forsker. Jeg måtte lete etter forklaringer på hva som foregikk. Jeg kjente igjen arbeidsoppgavene fra tidligere feltarbeid, men jeg ble tidlig oppmerksom på forskjellene mellom mine tidligere erfaringer fra andre kommuner¹⁷ og pleie- og omsorgstjenestene i felt 1. En vesentlig forskjell var antallet hjemmebesøk. I gjennomsnitt observerte jeg at sykepleieren i felt 1 hadde 10-11 hjemmebesøk på formiddagen fram til ca kl 12, mens sykepleierne jeg observerte i en annen kommune hadde 6 hjemmebesøk på formiddagen (Rugås 1998). Travelheten var iøyenfallende. På tross av dette erfarte jeg at lederne uttrykte en positiv holdning med respekt for personalet; ”*her står alle på*”. Gjennom prosessorientert skrivingen av refleksive notater i *logg* (Dysthe 1987), erfarte jeg betydningen av å skape et refleksivt handlingsrom for ettertanke og inspirasjon.

Iøyenfallende common sense tolkninger, som travelheten, kunne da utforskes fra flere ulike og kritiske perspektiver. Kritisk nysgjerrighet styrket videre ønske om å gå inn i praktikernes handlingsrom, i et deltagende forskningsfelleskap. Egen forforståelse, teoretiske perspektiver og ikke minst Kvalitetsforskriftens (1997) krav til pleie- og omsorgstjenestenes kvalitet og innhold påvirket mine erfaringer. Det jeg la merke til falt på plass fordi jeg hadde en sammenheng å sette det inn i. Åpenheten ligger dermed i dialektikken (Hamran 1992).

Som ekstern forsker fra høgskolen og deltager i forskningssamarbeidet var jeg oppmerksom på at jeg stod utenfor den lokale konteksten, og at jeg måtte ta initiativ for å bli innlemmet i tilstrekkelig grad i arbeidsfelleskapet. Jeg satte derfor alltid av god tid til møter og seminarer og var tilgjengelig for uformelle samtaler.

Samtalene med sykepleierne og hjelpepleierne i det innledende feltarbeidet åpnet for videre samarbeid. Deling av erfaringene fra hjemmebesøkene, gav en erfaringslikhet som konkretiserte samtalene i ettertid. Deltagerne gav uttrykk for at samtalene mellom hjemmebesøkene og de oppsummerende samtalene i ettertid var interessante.

¹⁷ I veiledning av sykepleierstudenter i kommunehelsetjenesten har jeg hatt kontakt med flere kommuner.

”Det er jo aldri noen som ser hva jeg gjør. Det har vært interessant med de spørsmålene du stiller. Jeg går mye alene.” (hjelpepleier/oppsum t 1)

Feltarbeidet i arbeidslaget gav meg innsikt i arbeidslagets organisering, og konkrete eksempler i tjenesteutøvernes praksis. Jeg fikk også en viss innsikt i arbeidslagets geografiske område som jeg kunne anvende som kontekstuell forståelse gjennom hele forskningssamarbeidet. Like viktig var det å knytte forbindelsen mellom handling og refleksjon og skape nye interaktive samarbeidsformer (Reason og Bradbury 2001).

Min posisjon som aksjonsforsker varierte gjennom forskningssamarbeidet. Gjennom deltagelse i gruppene og i samtaler med ledere og enkelt personer i organisasjonen, var min funksjon preget av å være en samtalepartner. Jeg erfarte også flere ganger underveis at på tross av min utenforståendehet som forsker, ble jeg oppfattet som *støttespiller* og *samtalepartner* i vanskelige spørsmål:

”Tenker på deg – som en jeg kan snakke med nå” (feltnotat, arbeidslagsleder/t 6)

Arbeidslagets leder uttrykte at forskers tilstedeværelse hele tiden førte til at det ble stilt nye spørsmål. Jeg var mest aktiv i de første terminene i de faglige diskusjonene, og prøvde hele tiden å stimulere deltagerne til å delta aktivt i dialogene.

Som deltagende forsker, hadde jeg anledning til å delta aktivt og stille spørsmål både til oppklaring og utdyping av temaer. Ofte var det situasjonen som avgjorde hvor aktiv jeg kunne være i samtalen. I ettertid så jeg at min hovedfunksjon til å begynne med var å etablere en passende struktur i samtalene som ble forutsigbar og trygg. Sammen kom vi frem til samtalens innhold. Gradvis tok gruppelederen over ledelsen både ved forberedelse, notat og oppfølging av tiltak etter møtene og informasjon til andre berørte medarbeidere. I ustabile perioder med stor utskifting av deltagere i gruppene, ”vikarierte” jeg for gruppelederen i møtet. I loggnotatene i termin 6 oppsummerte jeg følgende kjennetegn ved min funksjon i gruppene:

Jeg bidrar ved:

- *å holde fokus rettet mot den som presenterte en situasjon*
- *å støtte gruppelederens lederskap*
- *å stoppe opp og reflektere ved vesentlige områder*
- *å oppsummere alle argumenter i refleksjonene*
- *å oppsummere til slutt i gruppemøtet viktige tiltak gruppen har kommet frem til og bidrar til å avklare hvem som har ansvar for hva i fortsettelsen*
- *å gi støttende kommentarer, til observasjoner*

- *å gi utfordringer*

Hva jeg ikke gjør:

- *jeg er ikke leder*
- *jeg prøver å ikke irettesette eller evaluere noen, men er heller spørrende og undrende*

(logg, bok 3/t 6)

Etter gruppens møter beregnet jeg alltid god tid og var tilgjengelig dersom noen ønsket det. Både gruppelederne og avdelingslederen ble ofte sittende igjen.

Prosessveileder

Som forsker har jeg et særlig ansvar for systematisk datagenerering i forskningssamarbeidet. Innenfor en deltagende aksjonsforskningstilnærming, har forsker også en aktiv funksjon i aksjonsgruppene. Min erfaring som høgskolelektor gjorde at jeg hadde erfaring med veiledning i grupper. Jeg hadde også klinisk erfaring som sykepleier fra arbeid både i sykehjem og i hjemmesykepleien. Denne bakgrunnen legitimerte at jeg var en aktiv prosessveileder og bidragsyter i gruppene. Mens tjenesteutøverne i gruppene først og fremst har ansvar for tjenesteutøvelsen, bidro jeg i hovedsak ved å initiere systematiske oppsummeringer og ved å støtte arbeidsprosessene i utviklingsarbeidet. Forskers eksterne posisjon skapte en distanse til hverdagen i arbeidslaget, og et legitimt rom for undrende spørsmål som ble vurdert som en god hjelp av tjenesteutøverne. I oppsummering av erfaringer understreket flere betydningen av støtte i utviklingsarbeidet:

”Det er viktig med ekstern veileder”(hjelpepleier/gruppeleder)

”Vi trenger at noen kommer utenfra”(assistent)

”Fint med spørsmål. Jeg har aldri opplevd før at noen var så opptatt av det jeg holdt på med. Det har vært veldig fint.” (hj.pleier)

”Fint for meg, og. Det er en faglig støtte. Jeg har også lært å være mer tålmodig”(arbeidslagets leder) Oppsum.gr.møte /felt 1/t 7

Fra aktivt initiativ i oppstarten av gruppene og i forberedelsen av oppsummeringer, valgte jeg (forsker) en mer støttende funksjon i de senere forskningsterminene for å bidra til tjenesteutøvernes aktive utvikling i ressursgruppene. Deltagernes oppsummerte erfaringer var at de i hverdagen ofte snakket seg raskt til enighet eller de lyttet til arbeidslagslederens råd, mens situasjonene ble bedre opplyst når de ble tatt opp i ressursgruppene.

”Setter vi oss ned på slutten av dagen, blir det mest prat. Vi har jo behov for det og, men det blir bedre når vi arbeider sammen (med forsker). Vi(arbeidslaget) og jeg trenger fortsatt støtte” (oppsum arb.leder/termin 8).

At sykepleiere, hjelpepleiere, assistentene og tverrfaglige deltagere etter 4 års aktivt utviklingsarbeid fortsatt uttrykte ønske om støtte i ressursgruppene var overraskende for meg.

Overraskende fordi samtalestrukturen i ressursgruppene og det systematiske planleggingsarbeidet var godt etablert. På den annen side kan ønsket om fortsatt støtte og prosessveiledning i kvalitetsutviklingsarbeidet tolkes som uttrykk for pleie- og omsorgstjenestenes vedvarende kompleksitet.

Selvrefleksjon og læring

En viktig del av aksjonsforskningsarbeidet er refleksjonen over egen læring (Coghlan og Brannick 2001). I diskusjonen av studiens resultater i det siste kapitlet vil jeg i tillegg til fremstillingen av forskerfunksjonen som er redegjort for i dette avsnittet diskutere hvordan forskerfunksjonene bidro til kunnskapingen, og hvordan de samtidige funksjonene på ulike nivåer i feltet har påvirket mine antagelser, holdninger, ferdigheter og relasjonen til deltagerne i organisasjonen.

4.7 Ethiske overveielser

Forskningsdesignet er utviklet etter forskningsetiske prinsipper med grunnlag i Helsinki-deklarasjonen (2000). Tillatelse til å gjennomføre forskningsarbeidet er innhentet fra pleie- og omsorgssjefen i kommunen og distriktslederen (vedlegg 4). Det ble videre etablert en foreløpig kontakt mellom distriktsleder, en soneleder og en arbeidslagsleder hvor vi sammen diskuterte hensikten og fremdriften i forskningssamarbeidet (felt 1/t1).

Da fokus i forskningsarbeidet var rettet mot kvalitetsutvikling i tjenesteutøvelsen og mot tjenesteutøverne, vurderte Regional etisk komité Sør, at prosjektet ikke var fremleggelsespliktig for Regional etisk komité ved forarbeidene i 1998. Komiteen vurderte at kvalitetssikringsprosjekter ikke inngikk i deres mandat. Ettersom prosjektet inngår i et doktorgradsprosjekt, har jeg imidlertid søkt råd hos anerkjente medlemmer i komiteen underveis. Alle deltagere har fått skriftlig og muntlig informasjon om prosjektets hensikt og det er innhentet informert samtykke i overensstemmelse med etiske prinsipper (Polit og Hungler 1991, Helsinki-deklarasjonen 2000). Da forskningsarbeidet har faser og er gjennomført over flere år, ble det innhentet skriftlig informert samtykke fra deltagerne hvert år.

Da det ville bli nødvendig å opprette kodete lister over deltagerne i studien, ble det søkt Datatilsynet om konsesjon til å opprette personregister (i henhold til personregisterloven §

9¹⁸). Konesjonen ble gitt 29.06.98 og forlenget da datainnsamlingen tok lengre tid enn først antatt (vedlegg 2 og 3). Personidentifiserbare opplysning har ikke blitt registrert ved hjelp av edb. Alle navnelister har blitt oppbevart forsvarlig nedlåst og atskilt. For øvrig har notater og datamaterialet blitt kodet umiddelbart.

Etiske utfordringer i deltagende aksjonsforskning

Aksjonsforskningens åpne tilnærming, gjør det ikke mulig å være helt sikker på hva som kommer til å skje underveis, hvilken retning forskningsarbeidet vil ta og hvilke forandringer man vil forhandle seg frem til (Coghlan og Brannick 2001; Winter og Munn-Giddings2001). Dette innebærer at ingen, verken de som var med fra starten av eller de som kom til underveis, kunne ha et fullstendig og klart bilde av hva deltagelse i prosjektet ville gå ut på. I aksjonsforskning vil spørsmålet om å sikre informert samtykke derfor få en annen betydning enn i tradisjonelle forskningstilnærminger (Coghlan og Brannick 2001). Viktige spørsmål dreier seg om de nære relasjonene mellom forsker og deltagere på ulike nivåer i organisasjonen, og de eksplisitte målene om å endre praksis (Williamson og Prosser 2002).

Informert samtykke

Ledere i virksomheten og personalet ble gitt informasjon om prosjektets hensikt og gjennomføring under forarbeidet (felt 1/t1). Det ble gitt skriftlig informasjon om prosjektets foreløpige gjennomføring, frivillighet, retten til å trekke seg, konfidensialitet og anonymisering av materiale og det er innhentet skriftlig informert samtykke fra deltagerne i felt 1 og 2. **Forny**et samtykke er innhentet årlig. Nye medarbeidere og studenter/elever som deltok i aksjonsgruppene i sine praksisperioder har fått invitasjon til deltagelse i gruppene og informasjon underveis.

Da personalet i forskningsfeltet arbeidet i turnus, ble det arrangerte flere informasjonsmøter i felt 1 i oppstarten hvor forsker informerte muntlig om de foreløpige planene og personalet fikk anledning til å komme med spørsmål og innspill. I tillegg ble deltagende observasjon anvendt for at jeg skulle bli kjent med den lokale praksis i forarbeidet. Observasjonene i hjemmesykepleiepraksis ble gjennomført i samarbeid med tjenesteutøverne som først meldt sin interesse. De informerte pasientene. Jeg har ikke innhentet pasientjournal opplysninger. Min tilgjengelighet i feltet førte imidlertid til at jeg traff enkelte pasienter og pårørende i

¹⁸ Personregisterloven ble erstattet av personopplysningsloven 1.1.2001.

uformelle sammenhenger. Pårørende og pasienter ble informert om forskningssamarbeidet ved oppslag, og det ble gitt informasjon i institusjonens samarbeidsutvalg.

Datamaterialet fra gruppesamtaler, seminarer og uformelle samtaler ble anonymisert av forsker, mens datamateriale fra gruppesamtaler skrevet av deltagere, ble fortettet for å ivareta anonymisering av pasientdata. Da forskningssamarbeidet har strukket seg over flere år, har jeg ved å være tilstede i feltet og gjennom samtaler med deltakere fått innsyn i mange sider ved organisasjonens liv og tilgang til svært personlige opplysninger. Å være tilgjengelig og lyttende, dekket et savnet behov hos svært travle tjenesteutøvere. Å gi uttrykk for så vel glede over fremgang i små gjøremål, som å ta imot frustrasjoner er en del av forskningens hensikt. Det er samtidig viktig å skille mellom de personlige uttrykksformene og private opplysninger. Det siste ble ikke notert i feltnotatene, og heller ikke ført videre på annen måte. For å sikre konfidensialitet er person data og navn endret, mens samtalenes innhold og dialogene er korrekt gjengitt.

Selv om deltagerne utviklet problemstillinger de opplevde som vesentlige i sin praksis, kan spørsmål og vurderinger i eksisterende praksis, rokke ved tradisjonene og følgelig påvirke de etablerte strukturene og relasjonene i organisasjonen. Å ta opp de mest brennende spørsmålene fordret mot og aktiv lytting. Det informerte samtykket er derfor basert på demokratiske samarbeidsprosesser, hvor deltagerne kunne velge å delta i gruppene.

Forskningssamarbeid innenfor eksisterende kommunikative strukturer

At det kritiske utviklingsarbeidet kan føre til konsekvenser både i de formelle og uformelle relasjonsstrukturene i organisasjonen og for den enkelte, er viet spesiell oppmerksomhet i datakonstruksjonene og deltakeranalysene underveis ettersom dette er en kjent utfordring i deltagende aksjonsforskning (Coghlan og Brannick 2001, Williamson og Prosser 2002, Tiller 2004). Å engasjere organisasjonens ledere i det innledende forarbeidet og flere ganger underveis, var derfor av vesentlig betydning både for å avklare sentrale rammefaktorer av betydning for kommunens samlede organisasjonsstruktur, og verdier og normer endringsarbeidet skulle bygge på. Ettersom samarbeidet foregikk i en etablert praksis kan enkelte deltagere og ledere også komme til å oppfatte både den nødvendige innsamling av systematisk informasjon og diagnostiseringsarbeidet, som påtrengende fordi det blir stilt spørsmål ved organisasjonens og tjenesteutøvernes praksis (Coghlan og Brannick 2001). Søken etter alternativer til det bestående, kan implisitt oppfattes som en kritikk av systemet og

de eksisterende arbeidsformene (Tiller 2004, s. 19). Tiller (2004) peker på at alternative løsninger kan provosere tradisjonsbærere, som på sin side kan komme til å neglisjere eller innkapsle det som irriterer. For noen er det både komfortabelt og lett å vandre den oppgatte vei (Tiller 2004). Det innledende arbeidet med å definere felles kvalitetsnormer og mål som dannet bakgrunnen i forskningsprosjektet, var grunnleggende for både relasjonene og datakonstruksjonen. Aksjonsforsker var aktivt deltagende i forskningsprosessen sammen med deltagerne. Bevisst og målrettet påvirkning er følgelig legitimt, ut fra en innsikt om at forskningens konsekvenser ikke kan være verdifri og dels ut fra en erkjennelse om at forsker gjennom faglige innspill og metodiske verktøy kan bidra til å skape bedre alternativer (Tiller 2004). Denne fremtidsrettede forskerorienteringen inkluderer både funksjonen som veisøker sammen med deltagerne og konstruktiv veibygger (Tiller 2004, s. 22).

Å avdekke områder som bør endres i praksis, eksponerer deltagerne i organisasjonen for en større personlig risiko, enn i tradisjonelle forskningstilnærminger (Williamson og Prosser 2002). Underveis i forskningssamarbeidet er det derfor lagt vekt på å oppsummere og diskutere både de praktiske og etiske forholdene ved hvordan samarbeidet i feltet fungerte med praktikere og ledere. Det var samtidig viktig å understreke at organisasjonens ledere og øvrige ansatte ivaretok sitt ansvar på ulike nivåer for den daglige driften, mens jeg deltok som forsker med min bakgrunn som sykepleier, pedagog og prosessveileder i forskningsarbeidet.

Den demokratiske samtaleformen i aksjonsgruppene, kan også ha utfordret de uformelle maktstrukturer mellom deltagerne. Yrkesutøvere som vanligvis ikke verbaliserer sine handlinger, kan i en refleksjonsprosess komme til å avdekke et ståsted som er forskjellig fra kolleger i samme yrkesgruppe, fra tverrfaglige kolleger og fra lederens ståsted.

Aksjonsgruppene vedvarende refleksive prosesser, kan trolig også ha skapt en uro i organisasjonen over at framgangen var langsom. På den annen side kan det at tjenesteutøvere på selvstendig grunnlag, reflekterte over hvorvidt de eksisterende strukturer fremmet pleie- og omsorgstjenestene og argumenterte for sitt syn, også ha utfordret ledere og de kommunikative strukturer i organisasjonen. Å føre aksjon og forskning sammen kan med andre ord løfte frem uro. Uro over at det stilles for mange spørsmål til det bestående, og omvendt uro over at de som har makt og myndighet til at ting skal kunne skje, lite kan gjøre.

I denne situasjonen som all annen forskning, dreier aksjonsforskning seg om å kunne stille spørsmål, reformulere problemstillinger og på nytt sette de spørsmålene en trodde var

kjernes spørsmål på prøve. Å føre aksjon og forskning sammen, kan i denne situasjonen gi en læringskraft som er fruktbar. I et lærende perspektiv er en alltid på vei og søkende etter stadig bedre alternativer. Følelsesmessig engasjement og meningsbrytninger i gruppen, mellom grupper og ledere i organisasjonen, kan nettopp være det som får deltagerne til å skape nye handlingskonstruksjoner. Dialogen mellom deltagerne og mellom deltagerne og forsker, er derfor sentreringspunktet i forskningstilnærmingen (Tiller 2004). Dialogene har et demokratisk grunnlag, som en samtale mellom likeverdige parter (Habermas 1999). At deltagerne er likeverdige, er imidlertid ikke det samme som like. Arbeidsgrupper kjennetegnes nettopp av ulike perspektiver, som kan styrke kreativiteten og mangfoldet. Dialogene er på den annen side svært sårbare. Mistenksomhet eller mistillit mellom deltagerne eller mellom deltagerne og forsker kan gli umerket inn i prosessene. Turnusarbeid kan gjøre informasjonen mellom enkelte deltagere til en utfordring. Stor turnover i gruppene, kan også øke faren for at likeverdigheten kan komme i ubalanse. Et annet viktig moment er hvordan deltagere oppfattet hverandre i samarbeidet og hvordan de oppfatter forsker. Tidligere erfaringer med forskere spiller inn. Oppfattes forsker som ”ekspertsykepleier” eller kanskje en ”kritisk lærer”? Trolig kan forsker funksjonen også oppfattes ulikt av deltagere og ledere på ulike nivåer. Forskers funksjon er også beskrevet i kapittel 4.5.

DEL II: KVALITETSUTVIKLINGSSAMARBEIDET

Denne delen fremstiller analysene fra kvalitetsutviklingssamarbeidet inklusive kartleggingen av arbeidslagets utfordringer (kap 5), utviklingen av kommunikative handlingsrom med dialogkonferanser og lærende strukturer i aksjonsgrupper (kap 6) og de interaktive og transformativt læringsprosessene som er resultat av aksjonsgruppene arbeid (kap 8 og 9).

KAPITTEL 5 ARBEIDSLAGETS UTFORDRINGER

I dette kapitlet rettes fokus mot arbeidslagets praksis og de kontekstuelle forutsetningene for forsknings- og kvalitetsutviklingssamarbeidet slik dette fremkom i forskningstermin 1 (forarbeidet). Analysene inkluderer ulike perspektiver sett fra tjenesteutøverne og forsker.

Bakgrunnen for og kjennetegn ved den integrerte arbeidslagsmodellen i kommunen presenteres først. Disse analysene bygger på kommunale dokumenter, distriktets virksomhetsplaner, samtaler med ledere i en sone samt deltagende observasjon og samtaler med tjenesteutøverne i ett arbeidslag. Deretter rettes fokus mot dette arbeidslagets interne arbeidsorganisering og utfordringer tjenesteutøverne der erfarte sett i forhold til målsettingen om å ivareta den enkelte pasients grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskriften 1997, § 1). Datagenereringen i arbeidslagets praksis og identifiseringen av aktuelle problemstillinger for videre kvalitetsutviklingsarbeid foregikk parallelt, og bygger på lokale dokumenter fra arbeidslagets registreringer, deltagende observasjon gjennomført i samarbeid med arbeidslagslederen, en sykepleier og to hjelpepleiere, som først meldte sin interesse for samarbeidet i forskningstermin 1. De øvrige tjenesteutøverne i arbeidslaget meldte sin interesse for deltagelse etter hvert gjennom uformelle samtaler, informasjonsmøter og seminarer. Spørsmålene til videre kvalitetsutviklingsarbeid ble reist dels av tjenesteutøverne og leder i arbeidslaget og dels av forsker på bakgrunn av observert praksis samt i samtaler med deltagerne. I fremstillingen presenteres derfor oppsummeringer og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid i hvert avsnitt med en samlende oppsummering til slutt.

5.1 Den integrerte organiseringen

Pleie- og omsorgstjenestene i kommunen ble distriktsinndelt på begynnelsen av 1990-tallet med basis i geografiske områder. Distriktene var av ulik størrelse og omfattet fra ca 6000 til

vel 10 000 innbyggere. Som en videreføring av distriktsorganiseringen, ble ”integrert organisering” av pleie- og omsorgstjenestene etablert i 1994. Denne organiseringsideen har grunnlag i Gjærvoll-utvalgets innstilling (NOU 1992:1) som anbefalte en desentralisert samordning av omsorgstjenestene på tvers av deltjenester ”den store integrasjon”. Innstillingen beskriver samordning av hjemmehjelp og hjemmesykepleie som ”den lille integrasjon”. Anbefalingene om geografisk avgrensning understreker at personellet bør ha ansvar for et område som ”ikke er større enn at de tilsatte umiddelbart kan ha oversikt og nødvendig detaljkunnskap om de aktuelle og potensielle klientene” (NOU 1992:1 s.243). Videre anbefales det at ansvaret for tildeling av tjenester bør plasseres hos den lokale sonegruppen, det vil si til det personellet som har den daglige kontakten med brukerne. Desentralisert organisasjonsmodell ble ansett som en vesentlig forutsetning for å utnytte ressursene maksimalt og for å sikre størst mulig grad av kontinuitet og et lavest effektivt omsorgsnivå, LEON prinsippet. Det var videre et uttalt politisk mål å styrke førstelinjetjenesten. Intensjonen var å samordne hjemmehjelp, hjemmesykepleie og tjenester i sykehjem i geografiske ansvarsområder, der sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere arbeidet sammen i arbeidslag.

Med organiseringen i distrikter valgte kommunen samtidig å etablere soner med base i sykehjemmene i hvert distrikt. Intensjonen med soneinndelingen var at institusjons- og hjemmetjenesten skulle organiseres i geografiske ansvarsområder, hvor sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere arbeidet i arbeidslag under ledelse av en avdelingssykepleier. Arbeidslaget skulle ha ansvaret for alle brukere¹⁹ i sitt geografiske område, uavhengig av om brukeren oppholdt seg i institusjon for kortere eller lengre tid, eller var hjemmeboende. Kommunens rammebetingelser for arbeidslagenes ansvarsområde var stipulert til ca 60-80 brukere, hvorav 13-15 av brukerne bor i institusjon, mens de øvrige er hjemmeboende (*Personal- og kompetanseplanen 1995²⁰). Det var også foreslått at tiltakene for psykisk utviklingshemmede skulle integreres i arbeidslagene.

Den kommunale personal- og kompetanseplanen fremhevet betydningen av tverrfaglig samarbeid i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene, og understreket at *primæransvaret* for brukeren tillegges fagpersoner som sykepleier, vernepleier eller annen miljøterapeut, sosionom, ergoterapeut eller fysioterapeut. Primæransvarlig og primærkontakt er ikke

¹⁹ De kommunale dokumentene fra 1995 anvender begrepet brukere, mens de nye helselovene fra 1999 anvender pasienter.

²⁰ Av hensyn til anonymisering er referanser til kommunale og lokale dokumenter markert med *, og oppgitt i separat referanseliste

synonymt. *Primærkontakten* er den av distriktets ansatte som har hyppigst kontakt med brukeren. Dette kan være hjemmehjelperen, en hjelpepleier, sykepleier, ergoterapeut eller miljøterapeuten, alt avhengig av hvilken type tiltak som er innvilget i forhold til brukerens behov. *Primæransvarlig* har ansvar for å avklare mål og koordinere de ulike tiltakene som iverksettes av legen, primærkontakten og andre fagpersoner som yter tjenester til den enkelte bruker. Kompetanseplanen vektla videre at primæransvarlig har hovedansvaret for ajourføring av pasientens pleieplan i sykepleiedokumentasjonen, som er et viktig ledd for å sikre kontinuitet i oppfølgingen av målrettede tiltak. For å sikre faglig nettverk rundt enkelt brukere, anbefalte kommunen opprettelse av ansvarsgrupper, som defineres som en gruppe fagpersoner som sammen påtar seg et forpliktende ansvar for å arbeide systematisk over tid med en person eller familie som trenger omfattende hjelpetiltak.

Personal- og kompetanseplanen fra 1995* dokumenterte at omlag 60 % av de fast ansatte hadde deltidsstillinger og at kommunen har knapphet på høgskoleutdannet personell. Planen påpekte at sykepleierne har et betydelig meransvar både i forhold til antall brukere og veiledningsansvar for hjelpepleiere og hjemmehjelpere enn forutsatt i vedtatt turnusplan. For å løse fremtidige kompliserte oppgaver i pleie- og omsorgstjenestene anbefalte planen rekruttering av godt kvalifisert personell og målrettet kompetanseutvikling av allerede ansatt personell. Foruten å stimulere personalet til formell utdanning på ulike nivåer, skisserte den foran nevnte personalplanen ingen konkrete interne opplæringstiltak.

5.2 Arbeidslagets ansvarsområde og utfordringer

Den integrerte arbeidsorganiseringen i arbeidslaget omfattet døgkontinuerlige pleie- og omsorgstjenester i en sykehjemsavdeling og hjemmesykepleie, samt hjemmehjelpstjenester på dagtid hverdager. Arbeidslagets ansvarsområde fordret derfor samordning av ulike tjenester til pasienter med svært sammensatte og varierte behov. I fremstillingen rettes fokus først mot pasientgrunnlaget i arbeidslaget, fordelingen av arbeidsoppgavene og den daglige tilpasningen til arbeidslagets ressurser. Avdelingslederens²¹ posisjon og relasjonen mellom primærkontaktene og primæransvarlig sykepleier i arbeidslaget fremstod som særlig betydningsfulle for arbeidsorganiseringen.

²¹ "Arbeidslagets leder" ble omtalt som "avdelingslederen" i feltet, og brukes synonymt i teksten.

Pasienter/brukere

Arbeidslaget hadde i 1998 ansvar for 165 brukere, hvorav 13 var beboere i en sykehjemsavdeling, mens de øvrige mottok hjemmesykepleie og eller hjemmehjelpstjenester. I tillegg ble det observert inntil 3 ekstra pasientsenger i sykehjemsavdelingens korridor og verandastue²². Antallet ekstrasenger i sykehjemsavdelingen varierte fra 1-3.

Ved arbeidslagets brukerregistrering juli 2001 var antallet brukere økt til 223, hvorav 14 personer hadde langtidsplass i sykehjemsavdelingen, 131 personer mottok hjemmehjelpstjenester og 77 personer fikk hjemmesykepleie fra arbeidslaget. To personer hadde midlertidig plass i en kortidsavdeling og ventet på langtidsplass i sykehjemmet, seks hjemmeboende personer med demens med definert behov for langtidsplass i sykehjem ventet på plass og en bruker stod på venteliste for å få tildelt hjemmehjelp. I siste halvår av 2001 var det ingen ekstra senger i sykehjemsavdelingen på grunn av ombygginger av heisen i sykehjemmet.

Fra mer enn en dobling av antallet brukere i 1998 sett i forhold til kommunens anbefalinger i ett arbeidslag, økte antallet brukere ytterligere i forskningsperioden. Den sterke økningen i antall brukere skyldes i det vesentligste en tilflytting til nye omsorgsboliger i arbeidslagets geografiske område. I den samme perioden ble det også registrert økende antall hjemmeboende med definerte behov for skjermet opphold i demensavdelinger i sykehjem som ventet på plass. Det var vekst i antallet omsorgsboliger i kommunen, men ingen økning i antallet sykehjemsplasser.

Selv om antallet personale totalt ble kompensert med 14 % i perioden, mente både avdelingslederen og deltagerne i arbeidslaget at utviklingen i antallet brukere på nær firedobling i forhold til kommunens retningslinjer, var bekymringsfull. Belastningen var ekstra stor for avdelingslederen, som i lange perioder måtte fungere både som aktiv sykepleier og leder i arbeidslaget. På tross av denne ekspansjonen ytret ingen deltagere aktivt ønske om å dele arbeidslaget. Distriktslederen mente dette kunne være en løsning, men foreslo ingen aktive tiltak. Ved åpningen av en større omsorgsbolig²³ på slutten av året 2000, initierte avdelingslederen i arbeidslaget i stedet en tilpasning til virkeligheten ved å dele arbeidslagets vaktrom, med ett i sykehjemmet hvor arbeidslaget hadde 13-14 pasienter og en base ute i omsorgsboligen som lå mer sentralt plassert. Delingen av vaktrommet sparte beboerne i

²² Ekstrasengene i sykehjemsavdelingen var plassert i enden av korridoren og i en åpen verandastue (se fig. 5). Verandastuen kunne lukkes med dør, mens korridorsengene kun hadde skjerm Brett. Det var ikke alarmsystem tilknyttet ekstrasengene eller bad/toalett i korridoren.

²³ Omsorgsboligen hadde om lag 50 selvstendige leiligheter, egen kafeteria og avsatt plass til basebemanning.

sykehjemmet for unødige forstyrrelser ved hvert vaktskifte og avstandene til brukerne ute i hjemmebasert omsorg ble kortere (se videre ”Morgentimen”, side 121).

Ute og inne

I arbeidslagsmodellen var det forventet at personalet skulle kunne arbeide både i hjemmebasert omsorg, som ble omtalt som ”ute”, og ”inne” i sykehjemsavdelingen etter behov.

Det var særlig sykepleierne som gikk på tvers ute og inne:

”Ja, for eksempel i går så trodde jeg at jeg (sykepleier) skulle være ute i dag. Så ble jeg byttet om i går kveld fordi noen var blitt syke. Jeg vet egentlig aldri om jeg skal være inne eller ute” (spl/t1).

Hjelpepleierne i arbeidslaget var enten ute eller inne, mens assistenter i hovedsak arbeidet inne i sykehjemsavdelingen. På kveldsvaktene og i helgene, arbeidet de mest erfarne hjelpepleierne også deler av vekten både ute og inne for å ivareta pasientenes behov. Nye medarbeidere begynte vanligvis opplæringen i sykehjemsavdelingen hvor det var færre pasienter og man kunne arbeide sammen med en kjent.

Personalets holdning til den integrerte arbeidslagsorganiseringen var delt. Sykepleierne som arbeidet det meste av tiden ute, synes det var en grei avveksling. En erfaren hjelpepleier mente det faglige miljøet i hjemmesykepleien var sterkere før arbeidslagsmodellen ble innført. Etter arbeidslagsmodellen ble det solide fagmiljøet i hjemmesykepleien delt i mindre enheter og det ble færre fagpersoner å samrå seg med ved vaktskiftene:

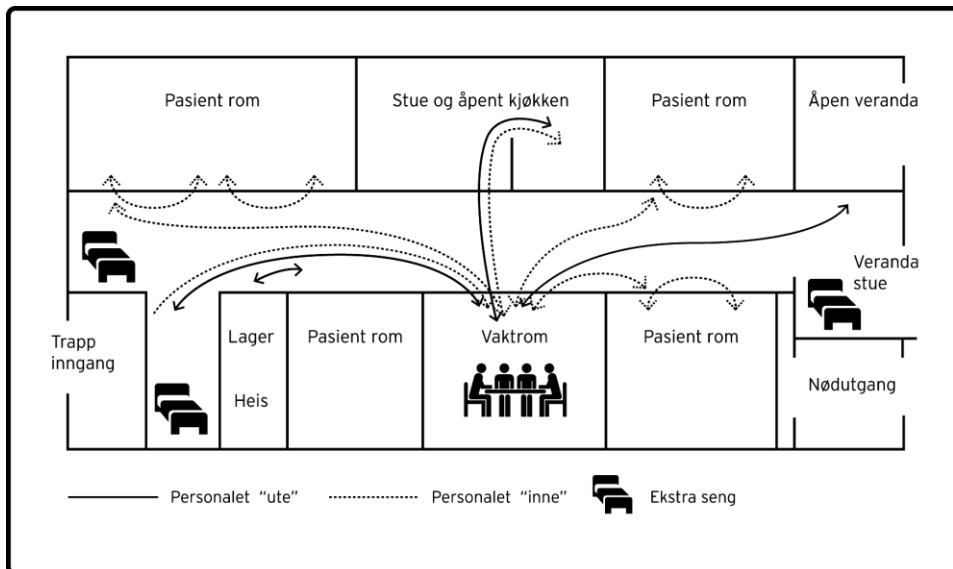
”Nå er det ingen å spørre – du ser vel det! Jeg sier fra til avdelingslederen, så ordner hun. Det er ingen andre å snakke med” (feltnotat, hj.pl /t1).

Den erfarne hjelpepleieren savnet den regelmessige kontakten med andre erfarne kolleger, og diskusjonene i det faglige fellesskapet i hjemmesykepleien. Med organiseringen i arbeidslag var de fysiske rammene endret. Hjemmesykepleien hadde tidligere hatt egne kontorer, der man møttes i vaktskiftet og diskuterte felles problemstillinger. Nå hadde arbeidslaget et felles vaktrom inne i sykehjemsavdelingen. Der var det mindre plass, og kun en PC som skulle dels av alle.

En nærmere analyse fra arbeidslagets praksis presenteres gjennom ett situasjonsbilde fra en morgentime.

En morgentime i arbeidslaget

Beskrivelsen fra morgentimen er sett fra vaktrommet. Arbeidslagets vaktrom lå i 4 etasje midt inne i sykehjemsavdelingen og rett ovenfor beboernes stue og kjøkken (se figur 6).



Figur 6: Personalets vandring i sykehjemsavdelingen, forenklet skisse fra morgentimen

Situasjonsbeskrivelsen fra *Morgentimen* i sykehjemsavdelingen illustrerer hverdagens praksis og aspekter ved arbeidsfordelingen i arbeidslaget ved oppstarten av forskningssamarbeidet (baseline). Jeg- personen er forsker.

Klokka er syv. Korridoren i sykehjemmet er tom og stille. Like innenfor inngangsdøren ved heisen står en seng med skjermbrett rundt og en mannsskjorte henger på en knagg på veggen. Jeg blir overrasket. Jeg visste ikke at det var korridorpasienter på sykehjem, og undrer meg på hva dette kan komme av.

Avdelingslederen har allerede kommet på vaktrommet, og en av hjelpepleierne ser ut til å være i gang med noe ute i avdelingen. "Liker å ha alt klart", sier hun raskt, "til vi skal begynne – så jeg kommer tidlig". Avdelingslederen forteller at hun også liker å være tidlig: "så får jeg sett over dagen før de andre kommer. Det skal være tre ute (hjemmesykepleien) i dag, og tre inne (sykehjemsavdelingen)."

Jeg har avtalt å gå sammen med en av sykepleierne i hjemmesykepleien. Jeg spør avdelingslederen om hjemmehjelperne også kommer innom vaktrommet om morgenen. Det er planen at de også skal integreres i arbeidslaget, men enda er det arbeidslagssekretæren som administrerer hjemmehjelpstjenestene. De går direkte til sine brukere. "Så er det jo heller ikke plass til flere her på vaktrommet – du ser vel det!" sier avdelingsleder. Jeg legger merke til at det kun er en kontorplass på vaktrommet, og et avlangt bord med fire stoler. Avdelingslederen sitter ved bordet. Hun har en stor dagbok foran seg, og noterer beskjeder. Kvart over syv kommer nattvakten innom og gir en kort beskjed henvendt til avdelingslederen. Jeg får vite at det ikke er fast nattvakt i sykehjemsavdelingen.

Nattvaktene går runder i hele sonen. Det ser ikke ut til at de øvrige tar i mot beskjeden eller har interesse av nattvaktens rapport. To står ved t-tavlen (pasienttavlene) og noterer. De småprater, en annen står ved nøkkel skapet. På en stor ring tres det på nøkler til dagens hjemmebesøk. En nøkkel mangler. "Har noen sett nøkkelen til fru - i - gate?" spør hun. Ingen svarer. Hun fortsetter å lete. Den hang visst på feil plass, for nå trer hun nøkler på ringen igjen.

En etter en går de til t-kort tavlen ettersom personalet kommer inn på vaktrommet. Tar opp t-kortene, noterer i egne dagbøker og setter kortene tilbake på plass. Sykepleier Sara²⁴, som jeg skal gå sammen med denne formiddagen har tatt ut 8 kort; 3 rosa, 4 blå og 1 lilla før lunsj, og så er det 4 etter lunsj. Sykepleierens primærpasienter er markert med oransje kort, men hun er ikke satt opp på noen av de i dag. "Det blir ofte sånn", sier hun. Så sjekkes dagboken som ligger oppslått på bordet. Flere gule lapper lyser mot. Et par poser står også der. "Skal du til --- husk på medisinene da", minner avdelingsleder – det var de som var i posen. Sykepleieren har allerede lommene fulle. Viser meg innholdet. "Det er et par sprøyter og noen sprøytespisser jeg må huske på", sier hun til meg.

Før sykepleieren går ut, klokka halv åtte tar hun seg tid til en rask tur ut på verandaen. Der sitter allerede to medarbeidere med en kopp kaffe. Det er visst der man samles før de går ut. Korte beskjeder og private samtaler krysser hverandre over verandabordet. Alle ser ut til å være inneforstått med disse kodene. Jeg prøver å notere.

Inne er de allerede i gang med morgenstellet. Jeg ser avdelingsleder komme ut fra et av pasientrommene. Hun henvender seg mot meg og sier raskt: Aud, Anniken og Hjørdis steller.

Avdelingssekretæren går fra avdelingen i halv ni tiden, da er assistent Aud og avdelingslederen på kjøkkenet og gjør i stand frokost til beboerne. Kjøkkenet er åpent til stuen og ligger like overfor vaktrommet. Avdelingsleder har ansvar for frokosten i dag. De oppdager at det mangler brød, og avdelingsleder går ned på sykehjems kjøkkenet i 1. etasje for å hente, mens Aud er på stua og dekker bordet ferdig til frokosten. En beboer sitter allerede ved bordet og venter. (feltnotat/t 1)

Dagvakten begynte klokken halv åtte, men allerede en halv time før var flere ankommet og i gang med dagens oppgaver. Både personalet som skal ut i hjemmesykepleien og personalet som skal være inne i sykehjemsavdelingen, kom innom vaktrommet i sykehjemsavdelingen på morgenen. Alle henvendelser til arbeidslaget pr telefon kom også inn hit. Vaktrommet fungerte som fellesrom der aktivitetene i arbeidslaget ble fordelt. Det var ingen felles rapport eller morgenmøte, men avdelingslederen fulgte aktivt med og gav beskjeder til den enkelte, som forberedte seg individuelt. Personalet i arbeidslaget arbeidet i 6 ukers turnus med dag og kveldsvakter og hver 3. helg. Personalet på natt var administrert på sonenivå.

I løpet av den første morgentimen passerte minst 10 personer inklusive forsker, den gamles seng bak skjermbrettet i korridoren for å komme til vaktrommet (se fig 6). Noen passerte

²⁴ Deltagerne er gitt fiktive navn; sykepleierne med forbokstaven S, hjelpepleierne med forbokstaven H og assistentene med forbokstaven A. Øvrige deltagere betegnes med yrkestittel.

sikkert flere ganger. I den andre enden av korridoren, var verandastuen og utenfor den en overbygget veranda som fungerte som pauserom for personalet. Bortsett fra hjemmehjelperne som enda ikke var integrert i arbeidslaget, var alle innom sykehjemmets vaktrom. Hvorfor var vaktrommet for så mange *der* og hvilken påvirkning har hvert vaktskifte for beboerne? Oppfattet personalet situasjonen med ekstrasinger og korridor plass i sykehjemsavdelingen som underlig, eller var det vanlig praksis? En sykepleier fortalte senere at de ofte hadde en eller to pasienter ekstra i sykehjemsavdelingen:

”Når jeg er ute i helgene, er det ofte slik at jeg ikke kan være der (i hjemmet). Vi kjenner de jo, for vi har kanskje vært hos de i flere år. Så blir de litt tufse og det er nesten umulig å få en sykehusplass. Tar de inn. Det er bedre å ligge på korridoren, enn uten tilsyn hjemme, synes jeg” (feltnotat/uformell samtale/spl/t1).

I helgene hadde ansvarlig sykepleier ofte ansvar for ett stort antall pasienter i arbeidslaget med tilsyn både i hjemmesykepleien og i sykehjemmet. Dersom sykepleieren vurderte at en pasients situasjon var forverret og det ikke var mulig å skaffe forsvarlig tilsyn på annen måte ble ekstrasingene tatt i bruk.

Avdelingsleder og arbeidslagssekretæren startet alltid dagen på vaktrommet. De hadde ellers kontor i 1. etasje hvor også soneledelsen og øvrige tverrfaglige medarbeidere holdt til. Arbeidslagssekretærens arbeidsoppgaver dreide seg blant annet om å bestille vakter, administrere hjemmehjelperne og særlig middagsombringingen til hjemmeboende. I sykehjemsavdelingen tok avdelingslederen aktivt del i morgenstellet og andre praktiske oppgaver i ”huset”²⁵ som for eksempel frokost. De var dermed 4 personale til 14 pasienter i morgenstellet i sykehjemsavdelingen.

Personalet i arbeidslaget kom ofte før arbeidstiden. Sykepleieren beskrev dette som en forventning hun måtte rette seg etter fra første dag: ”kommer jeg akkurat til tiden, er alle forsvunnet”. Senere observasjoner bekreftet denne kollektive handlingsnormen (utdypes i kap. 5.5, om utfordringer i arbeidsmiljøet). Som ukjent i arbeidsmiljøet, la jeg merke til den uformelle tonen mellom medarbeiderne. Noen rakk også en kaffe kopp før arbeidsdagen begynte og en prat. Det var ingen felles morgenrapport. Arbeidsoppdragene var fordelt ved t-kortsystemet, som er små kort som anviser kort hva oppdraget hos den enkelte pasient år ut på. For meg så det ut til at hver og en forberedte seg separat, og jeg undret meg over hvorfor sykepleieren ikke skulle besøke ”sine” primærpasienter og om det var hensiktsmessig.

²⁵ Praktiske oppgaver som i standgjøring av frokost i sykehjemsavdelingen ble fordelt daglig og beskrevet som ”husmoroppgaver”.

Tilpasning og fleksible løsninger i arbeidslaget

Den foreløpige analysen av hvordan arbeidslaget tilpasset seg lokale rammefaktorer og samtidig ivaretok tradisjonelle arbeidsformer, viste at personalet ivaretok økningen i antallet pasienter og oppgaver på hver vakt ved å komme i god tid før hver vakt. ”Å være ute i god tid” kan tolkes som både en personlig og kollektiv arbeidsnorm. Det var særlig lederen i arbeidslaget som gav uttrykk for at hun foretrakk å komme tidlig til hver vakt, men også andre medarbeidere kom gjerne en halv time før hver vakt. Med stadig økende antall brukere/pasienter²⁶ og overskridelse av de kommunale målene for antall pasienter i ett arbeidslag, ble denne normen forsterket som en nødvendig tilpasning for å kunne ivareta dagens løpende oppgaver. Alle medarbeiderne så ut til å rette seg kollektivt til denne arbeidsnormen.

Tilpassingen i arbeidslagets omfattet også at de anvendte 1- 3 ekstra senger i sykehjemsavdelingens korridorer til hjemmeboende pasienter som trengte mer hjelp og tilsyn enn personalet i hjemmesykepleien kunne ivareta, særlig i helgene. Korridorplassen kunne strekke seg fra dager til uker, og i lange perioder måtte verandastuen stenges for å ivareta alvorlig syke pasienters pleie og privatliv. Sykepleierne gav uttrykk for at bruken av ekstraplassene var en fleksibel løsning de var enige om og at de sammen med pasientene vurderte tilbudet inne som bedre enn å være hjemme uten noen form for tilsyn. På den annen side utfordret denne tilpassingen både medpasientene og personalet. Personalet forsøkte å tilpasse rytmen i morgenstellet slik at pasientene i korridoren kunne bruke toalett og dusj på de faste pasientrommene. Det ble trang plass i fellesstuen ved måltidene. Tilpassingen førte også til at det i perioder var flere alvorlig syke pasienter og pasienter med kognitiv svikt i sykehjemsavdelingen. Tjenesteutøverne og avdelingslederen i arbeidslaget vurderte mangelen på akutt plasser for alvorlig syke og døende og for personer med alvorlig demens i sonen som et problem de ikke kunne løse på annen måte enn ved å bruke ekstrasengene. Det som bekymret personalet var imidlertid at pasientene i sykehjemskorridoren ikke var tilkoblet alarmsystemet og at det ikke var fast nattvakt i sykehjemsavdelingen.

²⁶ I offentlige dokumenter og rapporter omtales mottagere av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene ofte som ”brukere”, mens helselovgivningen fra 2001 (Pasientrettighetsloven) anvender begrepet ”pasient”. Ledere og praktikere i forskningsfeltet anvendte begge termer. I avhandlingen anvendes ”bruker” og ”pasient” synonymt.

Kort planleggingstid

Med den integrerte arbeidsmodellen var det forventet at personalet i arbeidslaget (sykehjemsavdelingen og hjemmesykepleien) skulle ha 15 minutter til felles rapport og arbeidsplanlegging om morgenen. Dette ble oppfattet som for lite i arbeidslaget:

”Det er satt av ett kvarter til rapport om morgenen. Det er veldig lite når de skal ut (hjemmesykepleien) til 28 brukere på en dag, og så er det 16 på kvelden nå. Hver og en forbereder seg på sitt.” (feltnotat etter delt. obs, avd.l/t1).

Dersom personalet skulle ha gjennomgått alle pasientoppdragene i fellesrapport, ville dette i arbeidslaget omfattet 12-14 pasienter i sykehjemsavdelingen pluss nær 30 besøk i hjemmesykepleien på en dagvakt. Med 15 minutters planleggingstid ville dette kun gitt 20 sekunder rapporttid pr pasient. Løsningen på knapp tid om morgenen var at alle forberedte seg individuelt. Ved å arbeide parallelt og gjerne komme før arbeidstiden, fikk sykepleierne og hjelpepleierne noe mer individuell forberedelsestid.

Overføringstiden mellom dag- og kveldsvaktene var også knapp, men ettersom handlingsnormen om å komme i god tid var sterk blant alt personale, rapporterte dagvaktene ofte sine observasjoner direkte til kveldsvaktene. Etter middagsservering i sykehjemmet, hvilte de fleste beboerne middag. Avdelingsleder mente derfor det var tilgjengelig samarbeidstid mellom dag og kveldsvakten:

”.. vi har jo litt mer tid fra dagvakt til kveldsvakt, da sitter vi ofte fra kvart over 2 til 3-så da får vi jo gått litt gjennom en del ting.” (feltnotat etter delt obs., avd.l/t 1).

For sykepleierne var den siste timen på dagvakten ofte travel. ”Å sitte” på slutten av dagvakten omfattet telefonkontakt med primærlegene, ajourføring av dokumentasjon, samt veiledning av studenter og overføring av viktige beskjeder fra dag til kveldsvakt. En dag i uken var denne timen etter planen avsatt til felles rapportmøte for hele arbeidslaget, men møtet var lavt prioritert. Flere var på denne tiden opptatte med utbringning av middag til hjemmeboende. Med en time i uken ble det heller ikke anledning til å ajourføre pleieplaner i fellesskap:

”På torsdager fra 2 til 3 har vi møte, hvor de kan melde ting. Går aldri gjennom alle” (feltnotat, etter delt. obs., avd.l/t 1).

Ett viktig spørsmål i kvalitetsutviklingsarbeidet mente avdelingslederen kunne være hvordan de kunne organisere denne ukentlige møtetiden i arbeidslaget på en mer hensiktsmessig måte.

Arbeidsfordelingen

Ideelt sett skal T-kort systemet gi en oversikt som letter planlegging av uken og gjøre det mulig å tilpasse dagens og ukens oppdrag²⁷ både i hjemmesykepleien og i sykehjemsavdelingen. På grunn av sykdom i personalgruppen og uforutsette endringer i pasientens tilstand, var det ofte endringer:

”Jeg setter opp for en uke stort sett og så stokker jeg om hvis det er sykdom” (feltnotat etter delt. obs., avd.l/t1).

Både hjelpepleierne og sykepleierne beskrev arbeidsfordelingen som avdelingslederens ansvarsområde. Å *stokke*, kan henlede til et tilfeldig spill, men observert praksis viste at en rekke ulike handlingsnormer påvirket arbeidsfordelingen. Avdelingslederen tok hensyn til personalets kunnskap og kompetanse og beregnet tid for hvert oppdrag:

”Jeg tenker at ufaglærte må jeg stort sett ha inne. Det er av hensyn til medisiner. Det er det som setter begrensninger. Når jeg fordeler, så må jeg tenke på at det tar jo lengre tid å dusje enn å gå med piller” (feltnotat etter delt. obs., avd.l/ 1).

Administrering av legemidler krevde spesiell opplæring. Ufaglærte assistenter var derfor vanligvis i sykehjemsavdelingen hvor avdelingslederen deltok aktivt eller i samarbeid med en annen sykepleier/hjelpepleier. Tidkrevende oppdrag som hjelp til personlig hygiene i hjemmebasert omsorg, ble fordelt på faste dager:

”Stort sett setter vi faste dager. Prøver å snakke med de (pasientene) at vi må holde oss til den dagen. Spør om det er en dag som passer eller et tidspunkt, ellers så greier vi jo stort sett å skyve litt frem og tilbake. Jeg har inntrykk av at de syns det er litt greit at vi kommer på faste dager” (feltnotat etter delt. obs. avd.l/t1).

Avdelingsleder mente det var viktig å spesifisere tjenestene på t-kort tavlen. Erfaringen var at noen personale ordnet alt og reagerte på den situasjonen de kom til i et hjem, mens andre ikke gjorde det så godt. Avdelingsleder mente også noen av personalet var flinke til å følge opp sine primærpasienter, mens andre nesten ikke ivaretok dette ansvaret:

”Veldig stor forskjell. Jeg vet jo hvem - noen går ut og tar det oppdraget, og avgrenser seg til det. Andre har kontinuitet i forhold til sine brukere og er mye flinkere til å lage planer og følge opp absolutt alt, hjelpemidler og det som er” (avd.l/t 1).

Avdelingslederen mente forskjellen kunne tilskrives personalets erfaringer, men også kompleksiteten i tjenestene:

”De som har jobbet lengst i hjemmetjenesten er flinkest til å følge opp syns jeg nok jeg kan si.. og så er det jo avhengig av type brukere du har og kanskje. Noen av

²⁷ Betegnelsen ”oppdrag” ble anvendt av personalet, om de direkte pasientrettede tjenestene. I tillegg ble det anvendt t-kort som anviste daglige spesialfunksjoner/oppgaver som f. eks ”husmor”.

sykepleierne har jo brukere som vi ikke er hos hver dag, som det kanskje er litt mer komplekst å legge til rette rundt. .. hvor vi har kontakt med flere instanser” (avd.l/t 1).

Arbeidsfordelingen med T-kort systemet var ment å støtte primær(ansvar)systemet, men arbeidsfordelingen ble også administrert ut fra løpende behov. Man valgte ofte å bytte ”primærpasienter” for å jevne ut arbeidsbyrden mellom tjenesteutøverne. Hjelpepleier B hadde 12 primærpasienter i 80 % stilling. Hun beskrev mange av primærpasientene som tunge, og at de derfor delte på oppdragene:

”det er sånn at du orker ikke gå til de hver eneste dag og uker igjennom.. så må bytte på.. derfor blir det aldri primære vi går til” (hj.pl B).

Arbeidsfordelingen i arbeidslaget var, som beskrevet, en svært komplisert prosess, som skulle ivareta til dels motstridende hensyn.

Lite tid til faglig diskusjon

Travelheten i arbeidslaget gav lite rom for felles samtaler og refleksjon knyttet til den enkelte pasients situasjon og vurdering av behov. Det ble ikke observert noen systematiske diskusjoner mellom primærkontakten og de ansvarlige sykepleierne om planene for pleien. Under morgentimen ble det kun observert at en sykepleier gikk gjennom sykepleiedokumentasjonen med en student. Deltagerne mente konsekvensene av den manglende faglige diskusjonen mellom primærkontaktene og de ansvarlige sykepleierne var at man arbeidet separat, og i noen situasjoner hver med sin plan:

”..hvis andre mener at det skal være på en annen måte så blir det på en annen måte” (hj.pl B).

Deltagerne mente at diskontinuitet i primærkontaktfunksjonen førte til utilfredsstillende oppfølging av pleieplaner og sykepleiedokumentasjonen (kardex) ble rapportert som lite tilfredsstillende:

”Det er jo egentlig primær som skriver, men er det tilsyn så blir det ikke noen pleieplan. Jeg skriver det opp i boka (beskjed dagboken) på vaktrommet når det er noe, og så skriver jeg: se i kardex” (hj.pl A).

For å sikre at personalet oppfattet viktige beskjeder og endringer i pleien, bidrog avdelingslederen med påminnelser i tillegg til den uformelle overføringen av beskjeder mellom pleierne, for å samordne tjenestene.

Avdelingslederens posisjon

Avdelingslederen gjennomførte vanligvis alle førstegangsbesøk og vurderte pasientens grunnleggende behov. Denne første kartleggingen ble lagt frem i et tverrfaglig vedtaksmøte og det ble utformet enkeltvedtak for tildeling av tjenestene:

”Det blir skrevet etter veldig generelle kriterier. Det skal sendes hjem til dem, så det eneste jeg angir er vel type tjenester de skal ha; hjemmesykepleie, hjemmehjelp, trygghetsalarm og så muligens en tidfesting om når det skal revurderes. I noen tilfelle så angir jeg vel kanskje antall ganger i en uke. Hvis det er sånne som det er veldig mye med så skriver jeg bare etter behov så det skal være mest mulig åpent” (avd.l/t 1).

Avdelingslederens kartlegging av pasientens funksjon, helsetilstand og behov for hjelp ble nedtegnet i sykepleiedokumentasjonen (kardex), mens primærkontakten skulle utforme en pleieplan. Etter de kommunale retningslinjene skulle det gjennomføres en revurdering når vedtaket gikk ut. Normen for revurderinger var hver 3-4 måned, men dette ble ikke gjort bestandig. Dersom avdelingsleder antok at tjenestene ville vedvare, ble det ikke satt opp revurderingsdato. Avdelingsleder mente hun fikk gode nok tilbakemeldinger fra personalet, og at det derfor ikke var nødvendig. Det store antallet brukere gjorde det også umulig for henne å følge opp alle revurderinger.

Avdelingslederens posisjon og samhandling med tjenesteutøverne i arbeidslaget, kom til syne gjennom tilgjengeligheten på vaktrommet og delaktigheten i det daglige praktiske arbeidet (jf foran om Morgentimen). Ved alltid å komme før arbeidstiden for å gjennomgå vaktens og ukens program fikk hun oversikt og kunne tilpasse beskjeder til tjenesteutøverne i arbeidslaget. Turnussystemet bidro til at avdelingsleder, som arbeidet mest på dagtid, hadde større kontinuitet enn de fleste andre. Viktige beskjeder ble gjerne overført muntlig fra person til person i vaktskiftene:

”Ja, jeg stoler ikke på at de ser skriftelige beskjeder, så jeg gir det muntlig bestandig. Det har ikke noe med yrkesgruppe eller stilling å gjøre” – det er en del av arbeidskulturen.” (feltnotat etter delt obs, avd.l/t 1).

Muntlige overføringer ble oppfattet som en del av arbeidskulturen, som et sikkerhetsnett blant personalet, men også som en utfordring i forhold til det skriftelige dokumentasjonssystemet. Avdelingslederen hadde heller ikke tillit til at personalet ajourførte dokumentasjonen, og kompenserte denne svakheten ved å skrive beskjeder:

”Jeg stoler ikke på at de leser kardex uten videre. Og det signaliserer de - tar for lang tid for dem! Å sitte og lese i kardex før de begynner. Altså å gå gjennom veldig mange kardexer tar jo lang tid, så ute kan jeg forstå at det kan ta for lang tid. Inne fungerer det. Der trenger jeg ikke å skrive det noen steder. Inne er det ikke flere (pasienter) enn at det går bra” (feltnotat etter delt. obs., avd.l/t 1).

Mens personalet i sykehjemsavdelingen hadde få pasienter å ha oversikt over, var erfaringen at personalet i hjemmesykepleien ofte ikke tok seg tid til å gjennomgå sykepleiedokumentasjonen på morgenen. Manglende oppfølging av sykepleiedokumentasjonen var erkjent som et problem, og særlig i hjemmesykepleien.

Oppsummering og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid

Arbeidslagets ansvarsområde var svært omfattende sett i forhold til kommunens normering for ett arbeidslag. Det store antallet pasienter i hjemmebasert omsorg, turnus og turnover i personalgruppen, gjorde det nødvendig med daglige tilpasninger. Tilpassingene gjaldt både personalets arbeidstid og antallet ekstraplasser i sykehjemsavdelingen. Avdelingslederen holdt oversikt over alle detaljer i hverdagen og hadde kontroll over endringer i arbeidets organisering. Personalet henvendte seg derfor hyppig til avdelingslederen. Den muntlige arbeidskulturen gav avdelingslederen både en aktiv funksjon og en kontrollerende legitimitet. Selv om noen uttrykte bekymringer i forhold til antallet ekstrasenger i sykehjemsavdelingen, og enkelte mente arbeidstiden ble strukket langt, stilte ingen deltagere kritiske spørsmål til denne praksisen. Det høye antallet pasienter ble oppfattet som en situasjon de måtte tilpasse seg ettersom det ikke fantes andre tilbud i distriktet. At sykepleier og hjelpepleierne forberedte seg separat kan forstås som uttrykk for tillit fra lederen, faglig autonomi og et lavt hierarki. På den annen side utøvde avdelingsleder en sterk grad av muntlig kontroll for å ivareta rutinene og samordne tjenestene. Ett aktuelt spørsmål for videre kvalitetsutviklingsarbeid var om avdelingslederens detaljerte kontroll og manglende tillit til personalets dokumentasjonspraksis var med på å vedlikeholde en uhensiktsmessig praksis. Ett annet spørsmål var om det var mulig å endre arbeidsorganiseringen og skape rom for faglige diskusjoner som kunne styrke planleggingen og kontinuiteten i tjenesteutøvelsen i arbeidslaget.

Primærkontakt eller primæransvarlig - ulike ansvarsområder?

Med arbeidslagsmodellen var den kommunale målsettingen, som beskrevet tidligere, at alle brukere/pasienter skulle ha en fast primærkontakt. Dette kravet var ikke realisert i arbeidslaget ved oppstarten av forskningssamarbeidet. Pasientene i hjemmesykepleien etterspurte faste hjelpere, men personalet svarte enten i vi - form eller 'jeg vet ikke' på direkte spørsmål om når de kom tilbake.

Ved å anvende kort formen ”primær” skilte man heller ikke aktivt mellom primærkontakt og primæransvarlige i arbeidslaget. Tverrfaglige ansatte i sonen som fysioterapeut og ergoterapeut ble ikke oppfattet som primæransvarlige. I hjemmesykepleien var både sykepleier og hjelpepleierne primær, mens kjente assistenter også var primær for pasientene i sykehjemmet.

Pleierne mente arbeidssituasjonen og mulighetene for oppfølging av primærpatientene var vesentlig forskjellig i hjemmebasert omsorg og i sykehjemmet:

”Da jeg begynte med primær, jobbet jeg inne. Er du bare inne på avdelingen så får du fulgt opp mye bedre enn det du gjør ute. Det er en veldig stor forskjell der”(Feltnotat, samtale hj.pl B/t 1).

En hjelpepleier oppfattet primærkontaktsystemet som umulig å gjennomføre:

”Det (primærkontaktsystemet) er ikke gjennomførbart – det er sjelden jeg er hos de brukerne jeg har ute. Mange av de tilsyn jeg har ute, er jeg ikke hos hver dag. Jeg er der en gang i uka. Du må ta ansvar for hvert oppdrag uansett. Du har ansvar for hvert stell du har” (feltnotat etter delt obs., hj.pl B/t 1).

Når det gjaldt sykepleiernes og hjelpepleiernes ansvarsområde som primærkontakter, mente avdelingsleder det var en forskjell:

”Sykepleierne skal ta det ansvaret stort sett selv. Altså - jeg kan veilede de og vi kan diskutere det og det gjør vi jo, men jeg synes de må kunne stå for det meste selv. Når det gjelder hjelpepleierne da er det jo noen begrensninger. Altså både hva de har rett til og hvem de kan henvende seg til- så jeg gjør det vel mer sammen med dem. Går en del ut sammen når de har problemer eller når de lurte på hva de skal gjøre ved en endring. Stort sett er jeg med da, eller en annen sykepleier” (oppsum.samt/avd.1/t 1).

Avdelingslederens forventninger til primærkontaktene og de ansvarlige sykepleierne var i overensstemmelse med de kommunale retningslinjene hvor primæransvaret fordrer et faglig ledelsesansvar. Praksis i arbeidslaget så derimot ikke ut til å fungere etter intensjonene på dette området. Deltagerne mente primærsystemet ikke fungerte i arbeidslaget i hovedsak av to grunner. Mens hjelpepleierne mente det var viktig å dele på de tunge oppdragene, pekte sykepleierne på ulikhet i kompetanse og erfaring mellom primærkontaktene.

Når det gjaldt likhet i arbeidsfordelingen mente sykepleierne det kunne gi negative konsekvenser for enkelte pasienter med psykiske lidelser, som i stor grad var avhengig av trygghet i relasjoner og få faste kontakter. Noen pasienter kunne det også være vanskelig å etablere tillit til. Sykepleieren illustrerte en slik situasjon som hun oppfattet vanskelig, men hvor likevel alle var på besøk:

”Hun vegrer seg for dagsenteret, ja hun går lite ut og har liten sosial kontakt. Alle tegn tyder på at hun isolerer seg veldig.

Jeg (spl) går dit og setter injeksjon. Det er klart det er et sykepleieroppdrag, men hun har også tilbud om dusj en gang i uken og da går alle. Og det kan du jo spørre om er like bra for psykiatriske pasienter å få besøk av alle. Jeg synes det hadde vært riktig om de psykiatriske pasientene kun fikk besøk av noen få, men det kan være vanskelig å få til praktisk ut fra turnusen. Hun har for eksempel besøk hver onsdag formiddag, og det er ikke alle onsdagsformiddager jeg eller en av de andre sykepleierne har vakt – og hva da? Men, vi kunne kanskje bestrebet oss på å bli flinkere til å ta de enkelte.”(samtale etter delt. obs./ spl C/t 1).

Situasjonen illustrerer en svært kompleks situasjon der sykepleieren skilte mellom sykepleieroppdrag, som injeksjoner, og enklere tiltak som dusj, som kunne utføres av alle. Sykepleieren argumenterte på en generelt grunnlag at det kunne være ønskelig med færre besøkende til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men la samtidig til at hun trodde det kunne være vanskelig å få til på grunn av turnussystemet. Sykepleierens løsning på den manglende kontinuiteten i primær- relasjonen, var at hun prøvde å bruke litt tid når hun var på besøk hos denne kvinnen. Hun satte seg ned og snakket om hverdagslige ting, og kunne da avdekke svikt i forhold til grunnleggende behov, som illustrert i eksemplet under

”I går hadde hun ikke fått middag fra middagskjørerne. Hun sa ikke i fra – så da er det ikke sikkert hun spiste så mye den dagen. Så her syntes jeg det var helt nødvendig å ta opp telefonen og ringe med en gang fordi det er jo veldig viktig for henne å få mat” (samtale etter delt. obs./ spl C/t 1).

Sykepleieren antydte at travelheten i arbeidslaget kunne føre til uoppmerksomhet, og at enkelte pleiere overså behovene dersom pasientene ikke bad om hjelp:

”Jeg har vel - hva skal du si - har vel en mistanke om at enkelte går innom og sier: hei, har du det bra? Hvis pasienten da svarer ja, så undertegner de på lista og går igjen med en gang”(samtale etter delt. obs/ spl C/t 1).

Selv om alle deltagerne la vekt på positiv respons og støtte når pasientene mestret daglige situasjoner, la jeg merke til at sykepleieren tok mer initiativ til å utforske mulige årsaker til pasientens plager sammen med pasientene og veiledet pasientene under hjemmebesøkene enn hjelpepleierne gjorde.

Det var ingen hjelpepleiere eller sykepleiere med spesialutdanning i psykisk helsearbeid i arbeidslaget ved oppstarten av forskningssamarbeidet. De psykiatriske sykepleierne i distriktet var tilknyttet såkalte soneovergripende tiltak. Dette innebar at psykiatrisk sykepleier og personalet i arbeidslaget ikke møttes til regelmessige rapportmøter. Prioritering førte også til at psykiatrisk sykepleiers ansvarsområde først og fremst var rettet mot familier og yngre

pasienter. Personalet i arbeidslaget kunne søke veiledning hos psykiatrisk sykepleier ved behov. I noen tilfeller hendte det at de arbeidet parallelt, når for eksempel psykiatrisk sykepleier fulgte opp depotbehandling til personer med alvorlige psykiske lidelser, og personalet i arbeidslaget støttet grunnleggende behov. Sykepleieren i arbeidslaget var usikker på psykiatrisk sykepleiers funksjon, ettersom de ikke hadde direkte samarbeid:

”Men, de(psyk.spl) gjør vel ikke slike praktiske ting som dusjing og sånt noe. Jeg tror de kun samtaler, så vidt jeg vet.” (samtale etter delt.obs /spl/t1).

Psykiatrisk sykepleier i sonen vurderte kommunens dagtilbud for yngre pasienter med psykiske lidelser som gode, mens de eldre med psykiske lidelser faller utenfor.

Oppsummering og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid

Deltagerne vurderte ved oppstarten av utviklingsarbeidet at primærkontaktsystemet ikke fungerte i arbeidslaget. Likhet i arbeidsfordelingen syntes å stå i konflikt med kontinuitet i primærrelasjonen. Alle pasienter hadde heller ikke en fast primærkontakt. I tillegg til kvalitetssikring av primærkontakter til alle pasienter, ble en videre avklaring av innholdet i ”primær” funksjonen identifisert som ett viktig satsningsområde i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet. Sykepleierne identifiserte forståelsen for kontinuitet i primæransvaret for hjemmeboende personer med langvarige psykiske lidelser som et viktig forbedringsområde i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet i arbeidslaget.

5.3 utfordringer og tilpasninger i den daglige tjenesteutøvelsen

Ivaretagelse av grunnleggende behov og respekten for pasientens selvbestemmelse ble holdt frem av tjenesteutøverne som overordnede verdier i pleie- og omsorgstjenestene. Manglende ressurser og strukturelle faktorer som turnussystem og tjenester i både sykehjemmet og hjemmebasert omsorg, var utfordrende i hverdagen, og bakgrunn for kollektive tilpasninger og arbeidsnormer. Verdier er i denne sammenhengen mer generelle enn normer, og viser til en overordnet oppfatning om hvordan yrkesutøveren mener han/hun bør handle. Normene viser til hvordan det er riktig å handle for å realisere verdiene (Føllesdal *et al* 1996).

Knapp tid og streng prioritering for å kunne ivareta grunnleggende behov

I hjemmesykepleien opplevde sykepleier og hjelpepleierne stor pågang av pasienter som trengte hjelp til ivaretagelse av grunnleggende fysiologiske og psykososiale behov og assistanse til gjennomføring av medisinsk behandling. Flere morgenstell med hjelp til

personlig hygiene, påkledning, toalettbesøk og frokost krevde nøye planlegging av arbeidsdagen. Mange hjemmeboende fikk hjelp til administrering av legemidler i ukedosett, øyedråper flere ganger daglig og ulike typer av sårstell.

Sykepleierne og hjelpepleierne besøkte vanligvis 10 hjemmeboende personer hver mellom kl 07.30 og 11.30, men det kunne bli 11-12 besøk da noen fikk hjelp to ganger for eksempel til morgenstell og senere hjelp på toalettet eller til forflytning. I sykehjemsavdelingen var de vanligvis 4, inklusive avdelingslederen i den samme perioden som skulle ivareta 13-14 pasienter. Pleierne i hjemmesykepleien vurderte tiden til hvert besøk som for knapp:

”Det er synd - hos henne skulle jeg hatt mer tid til å prate. Nå ble det bare inn for å hjelpe med den salven og ut igjen” (feltnotat, hj.pl A, t 1).

Knapphet på tid under hjemmebesøkene, gav også lite rom for fleksibilitet i løpet av en uke. For å fordele arbeidsoppgaver som krever mye tid mente hjelpepleierne at det var nødvendig med hjemmebesøk på faste dager:

”Fordi vi prøver å fordele dusjene gjennom hele uka og det blir veldig mange – for alle må ha dusj og alle må få det en dag i uka hvor de får en dusj og vasket håret. Vi prøver å jonglere innen visse grenser, men vanligvis er det faste dager” (feltnotat, hj.pl B, t1).

Den kollektive minstenormen med tilbud om dusj en gang i uken til hjemmeboende pasienter som trengte hjelp til det, var retningsgivende for arbeidsfordelingen. Den kollektive oppfatningen var at faste dager gav brukerne forutsigbarhet. Den forutsigbare arbeidsfordelingen kunne på den annen side bli lite fleksibel og redusere pasientens mulighet til medvirkning:

”En eldre kvinne fikk hjelp å dusje hver onsdag. Kvinnen spør forsiktig: ”passer det på torsdag til neste uke?” Hj.pl: ”Nei, din dag er på onsdager” (deltagende obs., t 1).

Målsettingen om å ivareta pasientens medbestemmelse i planlegging av tjenestene slik Kvalitetsforskriften § 3 fordrer, så i praksis ut til å ha strukturelle begrensninger. Arbeidsnormen ”hjelp på faste dager” viste seg også vanskelig å kombinere med primærkontaktsystemet fordi personalet arbeidet i turnus (jf morgentimen).

Knapphet på tid førte til at pleierne måtte vurdere den enkelte pasients behov for hjelp strengt i løpet av dagen og prioritere arbeidsoppgavene. Sykepleieren mente det praktiske arbeidet ble prioritert høyest, mens tjenestene i liten grad var planlagt og målrettet for å ivareta pasientenes psykiske lidelser og problemer i hverdagen, som følge av dette:

”Det praktiske, som tilrettelegging av måltider blir kanskje ivaretatt, men det blir altfor liten tid til hjemmeboende med psykiske lidelser” (delt.obs/hj.besøk 8/spl /t 1).

Sykepleieren mente de psykososiale behov burde prioriteres sterkere i arbeidslagets utviklingsarbeid. Sykepleieren mente dette ikke gjaldt alle pasienter. Noen pasienter fikk besøk flere ganger i døgnet, og kom seg også ut på egenhånd eller ved hjelp av andre:

”Men, hos alle disse som aldri kommer seg ut, de sitter inne i leiligheten og har ikke vært ute av den på mange år. Der greier vi ikke å dekke det psykososiale og da tror jeg at de fysiske plagene kommer mye sterkere frem. De går i sin egen verden, som er så liten og lukket, og de går og kjenner og tenker så mye. Det er klart at når vi kommer, så har de behov for å snakke om plagene sine. Jeg tenker at jeg må la dem få tømme seg og komme ut med en del av det, men så prøver jeg å vri samtalen ofte over på noe annet slik at vi kan snakke om noe annet enn bare sykdom. Men, når du har en lang liste og du vet at arbeidspresset er så stort - så sitter du på nåler, fordi du vet det er andre som venter på deg hele tiden. Der savner jeg tid” (sykepleier/t 1).

Den kollektive arbeidsnormen var primært rettet mot å ivareta de praktiske oppgavene og samtidig i størst mulig grad respektere pasientenes livsførsel. Kjennskap til hjemmeboendes ensomhet og pasientenes psykiske lidelser og behov opplevdes som et faglig etisk dilemma den enkelte medarbeider forsøkte å løse på ett vis, ved sporadisk å sette av noe mer tid. På tross av hverdagens travelhet, beskrev det kjente personalet at det hendte de hadde litt tid til overs. Det var når de var ute og kjente rutine:

”Når vi vet hva pasienten vil ha og vi kjenner folk veldig godt. Når dette er utviklet, så kan vi jonglere litt med egen tid hos de forskjellige. Da spanderer jeg kanskje et kvarter ekstra hos den ene og neste dag et kvarter hos en annen” (hj.pl B/t 1).

Sykepleieren fortalte som hjelpepleier B, om dager som var litt bedre, ikke fullt så presset. Da prøvde hun å fordele tiden ved å sitte hos en den ene dagen og en annen den neste:

”Det går i perioder – i andre perioder så går det ikke i det hele tatt” (spl /t 1).

Oppsummering og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid

Tjenesteutøvernes individuelle arbeidsprioritering kan tolkes fra flere perspektiver.

Prioriteringen dreide seg om hvordan den enkelte tjenesteutøver i det enkelte møtet med den eldres ensomhet forsøkte å økonomisere egen tid, men også om hvordan arbeidslaget forvaltet kravene om rettferdig fordeling av tjenestetid. Prioritering kunne også ha sammenheng med innvilget vedtak om tjenester og den daglige tilpasning som følge av brukernes skiftende behov.

Tjenesteutøvernes økonomisering av tiden, hvor de anvendte ledige stunder og på selvstendig grunnlag prøvde å dekke opp for psykososiale behov var fremtredende. Pleiernes erfaring var imidlertid at sporadiske hjemmebesøk hos ukjente brukere fordret tilpasninger og

utprøvnings som krevde både mer tid og oppmerksomhet enn når rutinene var innarbeidet hos den enkelte pasient. Var de kjente i hjemmesituasjonen kunne pasientens og hjelperens oppmerksomhet frigjøres fra de konkrete gjøremålene.

Ett vesentlige spørsmål for videre kvalitetsutviklingsarbeid var om arbeidsorganiseringen kunne endres slik at tjenesteutøverne fikk større muligheter for å bli kjent med rutinene hos den enkelte pasient og følge opp de konkrete gjøremålene i hjemmesituasjonen eller i sykehjemmet over tid. Videre om knapphet på tid kunne oppveies med mer regelmessige kontakt med primærpatientene.

Ønske om å ivareta pasientens selvbestemmelse

Pasientens selvbestemmelse og respekten for pasientens livsførsel ble holdt frem både som personlig og kollektiv verdi i arbeidslaget. Den sterke handlingsnormen begrunnet pleierne med at de var i pasientens hjem, både i sykehjemmet og i hjemmesykepleien, og at det derfor var naturlig å arbeide på pasientens premisser:

”Det er også noe du merker når du kommer inn til folk hvordan de vil ha det, det kommer mye an på menneske. Jeg må ta det på sparket. Jeg må prøve å gi de noe da i hvert fall, slik at de orker å gå gjennom dagen. Om det tilsier at jeg vasker en på ryggen fordi de er svette og varme – så er det sånn. Så er de litt mer kvikke” (hj.pl B/t 1)

Valg av handling ble dels begrunnet intuitivt ved at man merket hva pasienten ønsket, eller normativt ved at man gradvis lærte i møtet med pasienten i situasjonen hvordan hjelperen burde møte pasientens interesser. Analysene viste også oppmuntrende og kompenserende tilnærminger. Ønske om å ivareta pasientens selvbestemmelse ble oppfattet som et etisk dilemma i situasjoner, hvor pasienten delvis motsatte seg hjelperens og tjenesteapparatets assistanse.

Hjelpepleiernes intuitive forståelse av pasientens antatte ønsker og aktuelle ressurser, gav retning for valg av handling i situasjonen. Hun ville gjerne gi noe, for at pasienten skulle orke å gå gjennom dagen. Dette kan tolkes som en omsorgshandling knyttet til hjelpepleierens nærvær og forståelse i pasientens situasjon. Å yte det lille ekstra pasienten ikke ber om, var en viktig personlig handlingsnorm for denne hjelpepleieren:

”Da smurte jeg mat for da visste jeg at hun ikke orket, for hun ville ha omsorg. Allright, akkurat da så syntes jeg hun kan få litt omsorg. Så jeg smører en skive selv om hun burde kunne gjøre det selv. Jeg vet at hun kan klare det. Når du er litt nedfor, vil du gjerne ha litt ekstra. Hun har familien langt unna. Du må være tilstedeværende ellers så yter du ikke noe service til disse stakkars som er hjemme. Vet ikke jeg, da føler jeg kanskje at jeg gjør en bedre jobb selv, er ikke helt sikker jeg” (feltnotat etter delt.obs, hj.pl B/t 1).

I samtalen med forsker etter hjemmebesøket begrunnet hjelpepleieren sine handlinger med tidligere erfaringer fra lignende situasjoner; ”når du er litt nedfor, vil du gjerne ha litt ekstra”. Tidligere erfaringer fungerer slik sett som en personlig norm i forhold til egen funksjon, og hva som er hjelpepleierens primære oppgaver: ”*smøre mat*”. Dette er både positivt og problematisk. Positivt fordi hun kan mestre situasjonen raskt, men samtidig problematisk fordi tjenesteutøveren kan være bundet i tidligere erfaringer og ikke få tak på det spesielle som gjelder i akkurat denne situasjonen. I avslutningen av samtalen uttrykte hjelpepleieren en usikkerhet på om hun handlet rett: ”*er ikke helt sikker jeg*”, og refererte videre til om andre kolleger kanskje ville handlet annerledes.

Å hjelpe pasienten med gjøremål han/hun kan klare selv, men ikke orker i øyeblikket kan tolkes som en kompenserende tilnærming. I den reflekterende samtalen i ettertid identifiserte vi forholdet mellom pasientens selvbestemmelse på den ene siden, og ansvaret hjelpepleieren har for å ivareta grunnleggende behov på den andre siden som mulige etiske dilemmaer i hverdagen. Aktuelle spørsmål var og om pleierens *serviceholdning* virkelig bidro til å styrke pasientens selvbestemmelse, eller om konsekvensene av denne holdningen kunne føre til passivisering, eller såkalt ”lært hjelpeløshet”?

Oppmuntrende og kompenserende tilnærming

Pleierne mente det var viktig å være blid og oppmuntrende, og samtidig kunne se an situasjonen for å ivareta pasientens selvbestemmelse:

”Jeg pleier bevisst å bruke litt humor. Både nærhet, kontakt og litt humor det er viktig. Det skal ikke være overdreven humor, men jeg prøver å lyse opp hverdagen litt for dem. Ikke hos alle. Det er ikke alle det passer hos”(feltnotat/ spl/t1).

Sykepleierens erfaring var at samarbeidet med hjemmeboende pasienter gikk lettere dersom hun hadde en oppmuntrende holdning. Med en lang liste hjemmebesøk visste pleierene også at om det tok for lang tid hos en pasient ville andre være nødt til å vente. Kyndig utøvelse fordret med andre ord at tjenesteutøveren evnet å tolke situasjonen og tilpasse sine handlinger til pasientens aktuelle behov og ønsker.

Å finne balansen - etiske dilemmaer

Pleierne mente respekten for pasientens liv og velvære innebar at de ikke alltid kunne arbeide ut fra pasientens *umiddelbare* ønsker. I noen situasjoner begrunnet de valg av handling ut fra kjennskap til pasientens livssituasjon over tid:

”Hun har litt lett for å være litt sånn dep - å jeg er så syk i dag - og så fem minutter etterpå så sitter hun oppreist igjen og er kjempe blid – så det er veldig sånn – så der nytter det ikke egentlig å være med på (pasienten ønsker praktisk hjelp) . Du lærer litt sånn etter hvert når du er der” (feltnotat etter delt.obs/hj.pl A/t 1).

Hjelpepleierens samhandling med pasienten i situasjonen bygget på erfaringer over tid.

Erfaringer der hun forsøkte å balansere tilnærmingen mellom oppmuntring til selvhjelp og service. Samhandlingen har samtidig utydelige grenser. Da tiden under hjemmebesøkene var knapp, fordret situasjonen ofte at hjelperen var vår for behov som følge av endringer i pasientens situasjon og samtidig evnet å tilpasse sin tilnærming.

Sykepleieren mente balansen mellom pasientens selvbestemmelse og ønsker om assistanse i situasjonen kunne være vanskelig å vurdere. Hun var også opptatt av at både uoppmerksomhet i situasjonen og for sterk grad av oppmerksomhet rettet mot det planlagte oppdraget, kunne krenke pasientens integritet og selvbestemmelse:

”Det er ikke sikkert alle ser på disse tingene som like vanskelig som meg, men jeg har den innstillingen at brukerne skal ville gjøre ting selv. At de skal ha sin selvstendighet og sin selvbestemmelse ivaretatt i egne hjem. Det kan godt hende at jeg gjør hverdagen og sykepleien vanskeligere enn det den kunne ha vært hvis jeg ikke hadde holdt så sterkt på de tingene, men jeg ønsker å holde på det. Det er ofte lettere å overkjøre mennesker, ikke sant? Du overkjører dem og så får du tingene unna og gjort, men jeg ønsker ikke å overkjøre dem” (feltnotat etter delt.obs/spl /t1).

Sykepleieren oppfattet den sårbare situasjonen, og holdt fast ved respekten for pasientens selvbestemmelse i eget hjem. Etisk bevissthet fordret stor grad av varhet i situasjonen.

Den ene og de andre

For å rekke flest mulige pasientbesøk på morgenen, ivaretok sykepleieren samarbeidet med primærlegene etter hun var ferdig med alle hjemmebesøkene (etter kl 14).

”det er jo alltid så mange som venter på listen” (spl/t1).

Arbeidslagets leder mente imidlertid det var best for pasienten om sykepleieren tok telefonkontakt med legen under hjemmebesøket for styrke pasientens mulighet for aktiv medvirkning. Ved å samordne telefonkontakten med primærlegene etter hjemmebesøkene fikk de aktuelle pasientene i mindre grad mulighet til aktiv medvirkning. Andre pasienter som ventet på sykepleierens hjelp, slapp imidlertid å vente unødige på hjelp om morgenen da travelheten var størst.

Pleierens daglige prioritering av enkeltoppgaver, som i eksemplet over med telefonkontakt, synliggjorde et vedvarende dilemma i den travle hverdagen mellom den enkelte pasients rett

til medvirkning i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudet, og på den andre siden hvordan pleieren samtidig skulle ivareta ansvaret for de mange andre som ventet og også var avhengig av hjelp.

Oppsummering og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid

For å ivareta pasientenes selvbestemmelse brukte både sykepleieren og hjelpepleierne sin sensitivitet og etiske forståelse for å tolke situasjonen de stod i sammen med pasienten. Handlingene ble ofte begrunnet med tidligere erfaringer. De gav samtidig uttrykk for at det kunne være vanskelig å vite hvordan de skulle handle, men at en positiv holdning kunne hjelpe.

Viktige spørsmål i det videre forskningssamarbeidet var om tjenesteutøvelsen og personalets kompetanse knyttet til etiske problemstillinger kunne styrkes på tilsvarende måte ved at tjenesteutøvere som kjente de samme pasientene dannet grupper, artikulerte sine nære erfaringer og sammen utforsket sine begrunnelser for handling og alternative tilnærminger.

Ukjente pasientsituasjoner utfordrer faglig forsvarlighet

Da tiden om morgenen var knapp og den kollektive arbeidsnormen om å komme raskt ut til pasientene om morgenen stod sterkt i arbeidslaget, hadde pleierne lite forberedelsestid (jf Morgentimen). En hjelpepleier som hadde flere års erfaring fra hjemmesykepleien gav uttrykk for at hun var kjent med mange av de faste pasientene og at det derfor ikke var helt nødvendig å skrive pleieplaner. Hun rakk også sjelden å gå gjennom all dokumentasjon før hjemmebesøkene. I situasjoner der hun ikke kjente pasientens behov, valgte hun derfor å spørre pasienten om hva han/hun trengte hjelp til:

Hjelpepleieren (B) kommer til en eldre mann hun ikke har vært hos før. Pasienten sitter ferdig påkledd i en stol.

B: "Hva trenger du hjelp til?"

Pasient: "Kommer du hit, og vet ikke det!"

B: "Jeg regnet med at du ville fortelle meg det."

Pasienten viser B en innretning som ligger ved siden av stolen han sitter i. Det er en støtte som skal festes rundt lår og midje, forteller han. Sammen får de den på plass. Han forteller at han har hatt hofteluddsluksasjon, og forklarer B hva det er. Hjelpepleieren oppfordrer ham til å gå ut, etter han har fått på støtten.

Leiligheten er liten og det er svært innestengt luft der. Han kvier seg. "Kan ikke gå ut med denne her", sier han og forteller at han tar av støtten selv når han bare skal i postkassen, "men det er så vanskelig å komme opp av stolen", sier han.

Jeg legger merke til at han sitter i en dyp lenestol med to puter i.” (Feltnotat, delt.obs, hj.pl B/t 1).

I situasjonen over instruerer pasienten hjelpepleieren, og han får assistanse til det han ber om hjelp til. Pasienten uttrykker samtidig undring over at hjelpepleieren ikke vet hva han trenger hjelp til. Selv om pleieren var ukjent med pasientens medisinske tilstand (hofteluddsluksasjonen), oppmuntrer hun ham til aktivitet. Pasientens problemer i hverdagen som å reise seg fra sittende til stående fra dyp lenestol, og hans sjenanse i forhold til å gå ut med hjelpemiddelet, forholdt hjelpepleieren seg ikke til.

I den etterfølgende samtalen med forsker beskrev hjelpepleieren situasjonen som alminnelig. Hun kom ofte på besøk til ukjente pasienter. Det kunne være pasienter som nylig var utskrevet fra sykehus uten at det var gjennomført ett første vurderingsbesøk fra ansvarlig sykepleier i hjemmesykepleien enda:

”Det er hele tiden det, så da vet du jo ikke noe – må spørre og så rapportere muntlig hva vedkommende kan trenge hjelp til” (feltnotat etter delt.obs, hj.pl B/t 1).

I ukjente samhandlingssituasjoner, som beskrevet over, så det ut til at hjelpepleierens arbeidsnormer om å ivareta pasientens selvbestemmelse, se an situasjonen og være oppmuntrende, kunne komme i konflikt med kravet i helsepersonelloven om faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven 1999, § 4). Å ikke ha tilstrekkelig informasjon før hjemmebesøket var og begrunnet med den generelle travelheten i arbeidslaget.

Tidlig utskrivning fra sykehus og pleiernes manglende medisinsk faglige kunnskap utfordrer de tradisjonelle arbeidsnormene. Pleiernes aktive oppfordring til økt aktivitet, kan derfor i en sykepleiefaglig sammenheng føre til uforsvarlig praksis.

Vanskelige sosiale situasjoner

I hjemmesykepleien opplevde personalet pasienters forkommenhet, rusmisbruk og dårlig økonomi som vanskelige situasjoner. Disse pasientene var ofte middelaldrende eller yngre eldre brukere. Noen hjemmeboende brukere spurte om ”små” tjenester som lån av hjemmesykepleiens mobiltelefon og enkelte bad tjenesteutøveren direkte om penger til mat og sigaretter. Situasjonen under illustrer hvordan en hjelpepleier argumenter og er usikker på hva som var rett handling i situasjonen:

Vi er på hjemmebesøk hos en middelaldrende kvinne. Hun vil gjerne låne mobiltelefonen. Hjelpepleieren nøler litt, men gir henne telefonen etter en liten stund. Kvinnen forteller da at hun vil ringe fordi hun trenger følge til lege om et par dager. Hun må ha med seg rullestol” (Feltnotat, delt.obs, hj.pl A/t 1).

I den umiddelbare samtalen med hjelpepleieren etter hjemmebesøket, tar hun opp sin nøling i situasjonen:

”Jeg tror hun kan klare mer selv, men det er f-y-l-l-a (A hvisker en og en bokstav). Det er synd – hun er jo ikke så gammel. Det var vel ikke rett av meg å låne henne den mobiltelefonen, men hun har jo ikke telefon, så.”

Hjelpepleieren er usikker på hva kollegene ville gjort i en slik situasjon. Nok en gang sier hun: ”neste gang skal hun få låne min (private), det var nok ikke riktig at hun brukte den (arbeidslagets) mobiltelefonen” (Feltnotat etter delt.obs, hj.pl A/termin 1).

Etter gjennomlesing av forskers feltnotat fra hjemmebesøket legger hjelpepleieren til:

”Vi har fått beskjed om at telefoner ikke skal gies ut, men jeg tenkte at når de ikke har telefon og du går med telefon så kan du bare ikke si nei heller – kan ikke nekte å låne telefon da, altså. Jeg syns ikke jeg kan nekte det – telefon. Nei, for hadde jeg vært henne hadde jeg reagert hvis jeg hadde fått et nei, når man ser at den som er hos deg har telefon på seg.” (Feltnotat etter delt.obs, hj.pl A/t1).

Å si nei til det pasienten ber om eller å unnlate å hjelpe, er ikke et handlingsalternativ.

Respekten for pasientens ønsker, er en overordnet verdi. Hjelpepleieren argumenter for sitt handlingsvalg både ut fra brukerens sosiale nød og fra hva hun antar er gyldig handlingsnorm i arbeidslaget (ikke låne ut mobiltelefonen). Hun ser samtidig pasienten som et menneske lik seg selv, og argumenterer for sitt valg av handling ut fra hvordan hun selv ville reagert i en tilsvarende situasjon. Hennes usikkerhet i forhold til hva kollegene ville gjort i en tilsvarende situasjon, peker i retning av at hun ikke kjenner til om dette er en akseptert kollektiv norm.

I situasjoner der brukerne manglet penger til umiddelbare behov som mat eller sigaretter, så jeg at pleierne i hjemmesykepleien gav av private midler. Denne handlingsnormen var ikke noe de snakket om sammen. Deltagerne gav uttrykk for at dette var ”små” tjenester, som ligner nærmest på vennetjenester eller medlidenhetshandlinger. De var samtidig usikre på om de handlet rett, og visste ikke sikkert hva kollegene mente om denne praksisen. At situasjonene opplevdes vanskelige, kan med andre ord dreie seg både om fordringer knyttet til brukernes sosiale nød, og tjenesteutøvernes samtidige usikkerhetsopplevelse av å bryte alminnelige normer i arbeidslaget. Selv om sykepleieren og hjelpepleierne oppfattet brukernes sosiale nød som vanskelig, tok de ikke initiativ til samarbeid med hverandre eller med sosionomen i sonen (termin 1).

Oppsummering og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid

Redusert liggetid på sykehus og rask overføring til hjemmebasert omsorg, utfordret pleiernes kompetanse og tradisjonelle arbeidsnormer. I hjemmebasert omsorg erfarte pleierne

pasientenes sosiale nød som særlig utfordrende, men dette var sjelden et tema de delte med hverandre. I stedet så det ut til at pleierne fant løsninger som kan betegnes som private.

Sentrale spørsmål i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet er følgelig hvordan tjenesteutøvernes kompetanse kan styrkes i forhold til nye pasientgrupper og hvordan pleierne kan få tilstrekkelig informasjon om kompliserte livssituasjoner og pasientenes behov for hjelp før hjemmebesøkene. Deltagerne gav uttrykk for at de reflekterende samtalene med forsker etter hjemmebesøkene var interessante og nyttige. Ville samtaler og større åpenhet mellom tjenesteutøvere om situasjoner de opplevde som vanskelige, kunne styrke tjenesteutøvelsen og deres personlige og kollektive kompetanse?

Mangel på praktisk hjelp fører til klanderverdige situasjoner

Både sykepleieren og hjelpepleierne mente skrøpelige og syke pasienter fikk for lite praktisk hjemmehjelp²⁸ sett i forhold til behovet. For lite hjelp til vask og skift av tøy kunne føre til klanderverdige situasjoner hos hjemmeboende som var inkontinente eller demente.

Deltagerne identifiserte mangel på praktisk hjelp i hjemmet som et faglig etisk dilemma i hverdagen, og de kompenserte situasjonen ved å gjøre mye praktisk arbeid, som søppeltømming, oppvask, rydding og i noen tilfeller handling om pasienten ikke hadde mat og ingen andre kunne skaffe det.

”Jeg skjønner at hjemmehjelperne har begrenset tid, så derfor vasker vi opp og vasker klær” (feltnotat etter delt. obs, hj.pl B/t1).

”Alle tar oppvask og alle tømmer søppel – alle gjør sånne ting” (feltnotat etter delt. obs, spl /t 1).

Sykepleieren og hjelpepleierne begrunnet sine handlinger i forhold skrøpelig eldres behov for assistanse og i forhold til personlige normer, som:

”jeg ville ikke likt å ha det sånn rundt meg”, og ”hadde det vært min mor, skulle hun ikke leve sånn”. (feltnotat, t1).

Sykepleier og hjelpepleierne understreket samtidig at de ønsket å respektere pasientens livsførsel:

”folk lever forskjellig - men når vi er der kan vi jo ikke bare se på at søpla hopper seg opp” (feltnotat etter delt.obs, hj.pl A/t1).

Hjemmehjelpstjenesten fikk også flest klager fra brukerne:

”Det er der jeg får klagen” (oppsummerende samtale, avdelingsleder/t 1).

²⁸ Praktisk hjelp i hjemmet, eller instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL) ble definert som hjemmehjelp og kom inn under lov om sosiale tjenester. Kvalitetsforskriften (1997) var retningsgivende for disse tjenestene.

Arbeidslagets leder fikk også stadige rapporter fra hjemmehjelperne om at de hadde for liten tid hos den enkelte bruker. Dette slet på arbeidsmiljøet:

”Hjemmehjelperne har det absolutt høyeste sykefraværet. Holdningen deres er at de er forferdelig lei”(oppsum. samt. avd.l/t1).

Mens flere pasienter, pårørende, hjemmehjelperne og personalet i hjemmesykepleien gav uttrykk for at det var behov for økt hjemmehjelp, var den kommunale strategien at denne tjenesten burde reduseres og overføres til private markedsaktører. Den politiske oppfatningen i kommunen var at kommunal hjemmehjelp kostet for mye. Hjemmehjelpere hadde derfor fått tilbud om omskolering:

”Det blir jo flere overtallige, her på huset (sone ”Sentrum”). En del hjemmehjelpere har fått tilbud om utdanning og det er to hos meg (i arbeidslaget) som har søkt om hjelpepleierutdanning” (oppsum. samt. avd.l/t 1).

Organiseringen i arbeidslag bygget på intensjonen om ”den lille integrasjon” (NOU 1992:1) der hjemmehjelperne skulle integreres i arbeidslaget. Ved oppstarten av forskningssamarbeidet var hjemmehjelperne fortsatt ikke integrert i det daglige arbeidet i arbeidslaget. En felles hjemmehjelpsleder funksjon var omdefinert til arbeidslagsekretær i hvert arbeidslag. Målsettingen var at hjemmehjelpstjenesten skulle integreres i det daglige samarbeidet i arbeidslaget og avdelingsleder skulle da fungere som formell leder for hele arbeidslaget:

”Arbeidslaget har 6 hjemmehjelpere som har 70 – 80 % stilling. Da skal jeg også fordele dagene deres. Ja, jeg vil at de fysisk skal komme inn her. Nå ser jeg dem (hjemmehjelperne) en time hver torsdag, og det er alt! Det er den eneste tilbakemeldingen jeg får. Det tror jeg er for tynt!” (oppsum samt/avd.l/t 1).

Sykepleier og hjelpepleierne i hjemmesykepleien gav uttrykk for at de ikke visste hvem hjemmehjelperne var. Avdelingslederen mente dette skyldes blant annet at man ikke hadde felles kontorer:

”Litt av begrensningen ligger i det at mange av de som jobber her nå, kjenner hjemmehjelperne litt lite. Altså, de vet ikke helt hvem de er. Før så vi hverandre. Vi satt på en gang hvor alle møttes, så visste man jo hvem de forskjellige var – og det var jo veldig mye lettere å huke fatt i en og si: nå må vi tenke litt annerledes her”(oppsum samt, avd.l/t1).

Selv om det hendte at hjemmehjelperen og personalet i hjemmesykepleien traff hverandre hos enkelte brukere, opplevde personalet i hjemmesykepleien at de hadde lite direkte kontakt og samarbeid med hjemmehjelpstjenesten. De arbeidet parallelt. Avdelingslederen mente på sin side det var primærkontaktens oppgave å holde kontakten med alle tverrfaglige, også hjemmehjelperne:

”Altså primærkontakten skal jo prøve å holde kontakten med den som er hjemmehjelper. Det står på en tavle ved siden av t-kort tavlen, navnet på hjemmehjelperen og hvilke brukere de har. Det står hvilke dager og tidspunktene, så jeg tror det er litt at de ikke vil ta fatt på det!” (oppsum.samt, avd.1/t1).

Personalet i hjemmehjelpstjenesten var ikke integrert i arbeidslaget og delte heller ikke vaktrom med de øvrige i arbeidslaget. Var manglende kjennskap til hjemmehjelperne en grunn til at det ikke ble tatt kontakt? Eller var det slik at primærkontaktene ikke kjente til avdelingslederens forventninger om tverrfaglig samhandling og initiativ til et mer konkret og forpliktende samordning?

Oppsummering og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid

Praktisk hjelp i hjemmet ble prioritert og begrunnet med skrøpelig eldres behov for assistanse og pleiernes personlige arbeidsnormer. Det var et arbeid pleierne ikke kunne unndra seg uten at det førte til klanderverdige situasjoner. På tross av dette rapporterte både pasienter, pårørende og hjemmehjelperne at brukerne fikk for lite praktisk hjelp. En ytterligere kompliserende faktor så ut til å være at pleierne ivaretok nødvendig praktisk husarbeid, mens den politiske strategien i følge kommunale utredninger om omsorgstjenestene i fremtiden*, gikk ut på å redusere kommunal hjelp til rengjøring og klesvask. Personalet i arbeidslaget hadde lite kjennskap til kommunes nye målsettinger. De var opptatte av at brukerne fikk for lite hjemmehjelpstjenester i forhold til behovene. Personalet kjente heller ikke innholdet i Kvalitetsforskriften (1997).

Å styrke personalets kunnskaper om Kvalitetsforskriften (1997) og de kommunale målene og rammene for pleie- og omsorgstjenestene ble derfor ett prioritert innsatsområde ved oppstarten i det første utviklingsarbeidet i termin 2.

5.4 Tverrfaglige utfordringer internt og på tvers av nivåer

Å yte pleie- og omsorgstjenester til pasienter i sykehjemmet og hjemmebaserte tjenester fordret samordning fra mange tjenesteutøvere i arbeidslaget gjennom døgnet og på ulike nivåer i organisasjonen. Samarbeidsutfordringer internt mellom personalet i arbeidslaget og tverrfaglige medarbeidere i sonen, beskrives først. Dernest beskrives utfordringene i samarbeidet og samordningen av tjenester utover det interne nivået i sonen og på tvers av distrikter.

Parallell arbeid

På grunn av arbeidsorganiseringen, som omtalt tidligere under morgentimen, fikk pasientene i hjemmesykepleien ofte besøk fra flere sykepleiere og hjelpepleiere i arbeidslaget.

Sykepleierne og hjelpepleierne gjennomførte hjemmebesøkene alene, og manglet ofte kunnskap om hvordan medarbeidere vurderte den hjemmeboendes situasjon. I enkelt situasjoner kunne dette føre til at flere ble involvert i komplekse situasjoner uten at de diskuterte sine forståelser av situasjonen og kom frem til alternative løsninger. Selv om tjenesteutøverne besøkte den samme pasienten var samarbeidet uten et forpliktende arbeidsfellesskap. Dette førte til parallellarbeid som situasjonen under illustrerer:

En eldre kvinne fikk besøk fra hjemmesykepleien flere ganger i døgnet. Hun bor alene og kan ikke forflytte seg uten assistanse. Leiligheten er i en eldre bygård i tredje etasje uten heis og med toalett i trappeoppgangen.

Den eldre kvinnen får hjelp hver dag både med personlig hygiene, tilrettelegging av måltider, og assistanse for å kunne bevege seg fra rom til rom. Selv om leiligheten er gammeldags, gir hun tydelig uttrykk for at det er her hun vil bo. Med støtte og hjelp klarer kvinnen å reise seg fra sengen, og hun går forsiktig med rullatoren, men for å komme ut fra soveværelset og ut i gangen må hun ha hjelp. Der er det høydeforskjell på gulvet på innsiden og yttersiden og rullatoren må løftes opp for at hun skal komme over. Det er ingen terskel der som rullatoren kan gli over. Inn til kjøkkenet er det også kronglete å komme med rullatoren. Under morgenstellene kommer det frem at det er noe galt med varmtvannsbeholderen i leiligheten, og det er problemer med det varme vannet (Feltnotat, delt. obs / t1).

Både sykepleieren og hjelpepleierne besøkte denne pasienten. De hadde en felles forståelse av å respektere pasientens ønske om fortsatt å bo i egen leilighet. På den annen side møtte de den samme praktiske hindringen i pasientens hjemmesituasjon, uten at noen tok initiativ til å samarbeide om utbedring av varmtvannsbeholderen som ikke fungerte. Dette skapte ekstra praktiske utfordringer for alle som besøkte pasienten. Det tok tid å varme vannet. En hjelpepleier mente problemet var oppstått fordi pasienten tidligere stadig slo av varmtvannsbeholderen, og at den ikke hadde tålt det. Hun tok ikke opp problemet med pasienten under hjemmebesøkene. Sykepleieren, som hadde vært i arbeidslaget i nær ett år, kjente ikke til at kommunen har vaktmestertjeneste som kan bistå med praktiske gjøremål i hjemmene. Når det gjaldt samarbeid med ergoterapeuten i sonen for å ivareta de praktiske utfordringene i denne kvinnens situasjon, kommenterte sykepleieren i ettertid:

”Altså - jeg burde vel kanskje gå til ergoterapeuten å si noe om det, men jeg vet at ergoterapeuten har vært mye inne i bildet fordi de har prøvd å få flyttet pasienten til et annet sted – noe hun ikke vil. Hvorfor det ikke er blitt grepet tak i akkurat det (Mangel på varmt vann), det vet jeg ikke. Jeg har for eksempel spurt om de gammeldagse håndtakene som du må skru inne på badet hennes – det finnes jo en enklere kran som er lettere å

betjene for disse hendene hennes (de var hovne og smertefulle). Men nei, det skulle hun ikke ha fordi hun har noe hun setter på håndtaket og vrir. Det går litt på dette med penger også. De skal ikke betale noen ting. Ikke noe skal koste noe. Det er ikke så lett da å hjelpe alle når de tilsynelatende ikke vil ha hjelp. Hvor sterkt skal vi gå inn og presse de? Hvor mye truer vi integriteten hennes? Det synes jeg ofte er et etisk dilemma” (feltnotat etter delt.obs/spl /t 1).

På bakgrunn av tidligere erfaringer i møtet med denne pasienten, oppfattet sykepleieren den akutte tilstanden den eldre kvinnen var i som midlertidig. Pasientens tilstand var preget av smerter og skrøpeligheit, men sykepleieren oppfattet samtidig at det var en situasjon hvor kvinnen hadde kunnskap om egen situasjon:

”Ja, jeg vet at hun er klart orientert, at hun kjenner sykdommen sin godt og har levd med den i mange år. Hun har smertetopper som kommer og går og akkurat nå er hun inne i en dårligere periode” (feltnotat etter delt.obs /spl /t 1).

I samtalen med forsker i ettertid, beskrev sykepleieren tidligere erfaringer i møtet med denne pasienten og hun stilte samtidig kritiske spørsmål til egen praksis. Selvkritikken var primært rettet mot manglende initiativ til tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren oppfattet at pasienten motsatte seg endringer i hjemmesituasjonen og forklarte at dette tilsynelatende også kunne ha en økonomisk side. I den reflekterende samtalen i ettertid trer sykepleierens ståsted for pasientens selvbestemmelse positivt frem, men hun vurderte samtidig situasjonen som et etisk dilemma, der kjernen i problemet var knyttet til pasientens selvbestemmelse på den ene siden og pasientens midlertidige situasjon med forverring av sykdom og ansvaret pleierne har for å yte hjelp til personlig hygiene som er et grunnleggende behov.

Situasjonsbeskrivelsen over viser at selv om pasienten får hjemmebesøk flere ganger daglig både av sykepleier og hjelpepleiere, klarer man ikke sammen med pasienten å løse de praktiske problemene. Mangel på varmt vann ble slik sett et erfart praktisk problem som tok ekstra tid ved hvert hjemmebesøk. Primærkontakten, som i dette tilfellet var hjelpepleier, ble stående alene. Primæransvaret som etter de kommunale retningslinjene skal ivaretas av ansvarlig fagperson, var sykepleieren.

I den reflekterende samtalen med sykepleieren i ettertid, utforsket vi sammen alternative handlingsvalg i denne situasjonen. Ut fra egen erfaring har jeg ofte opplevd at det er mulig å forhandle om praktiske tiltak i hjemmet om pasienten har tillit til pleieren og relasjonene er stabile og trygge. I samtalen med sykepleieren tok jeg derfor opp min foreløpige undring over tjenesteutøvernes diskontinuitet i forhold til primærpatientene:

*Forsker: Om du er en dag hos henne, så kommer det en annen neste gang og så kanskje en annen neste gang igjen?
Sykepleier: m-m*

Forsker: Hvis du hadde gått der hver eneste dag, alle vakter du har, og visste at det skulle du fortsette med de neste 14 dagene, hadde det da blitt annerledes? Det lurer jeg på?

Sykepleier: Ja! Det kan godt hende. Jeg skjønner hvor du vil hen, veldig godt. Hvis vi hadde vært flinkere til å ha primærpatientene våre, men det er klart det at med så mange personer som er inne i bildet – ja, uten at det er noen unnskyldning (Feltnotat/spl/termin1).

Hjemmeboende pasienter som hadde behov for mye hjelp til grunnleggende behov måtte forholde seg til et stort antall tjenesteutøvere i arbeidslaget. Den enkelte tjenesteutøver, som ønsket å ivareta pasientens selvbestemmelse, måtte tilsvarende ved hvert hjemmebesøk bruke tid for å bli kjent i situasjonen og med pasientens behov, og tilpasse rytmen i stedet. Dette bandt tiden, i motsetning til situasjoner hvor tjenesteutøver kjenner rutinene. Dermed er det ikke sagt at det er ønskelig med rutinisert omsorg. Noen av spørsmålene som ble reist var om det er mulig i større grad å ivareta kontinuitet i relasjonene mellom primærkontakt og pasient i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet, og sykepleieren som primæransvarlig kunne støtte hjelpepleieren som er primærkontakt, når pasientens situasjon forverrer seg og det oppstår praktiske problemer.

Tilgjengelighet gjennom døgnet

Arbeidslagets ansvar for pleie- og omsorgstjenester både i sykehjemmet og i hjemmesykepleien fordret at personalet i hjemmesykepleien hadde mobiltelefonkontakt med sykehjemsavdelingen slik at de kunne omstrukturerte arbeidsplanene ved behov. Det var kort avstand mellom mange hjemmeboende brukere.

Ansvarlig sykepleier ble oppkalt ved øyeblikkelig hjelp situasjoner og situasjoner hvor hjelpepleierne var alene og trengte hjelp til vurderinger:

”De (hjelpepleierne) har ikke kunnskaper til å ta avgjørelser og heller ikke det å kontakte leger – så da kaller de på oss (sykepleier) med en gang... Det er en stilltende avtale at det er vi (sykepleier) som har hovedtelefonen ute” (spl/termin 1).

Telefontilgjengeligheten førte til mange avbrudd i pleiesituasjoner for sykepleierne:

”Vi er jo de eneste som går med nøkkel til medisinerrom. Så hvis de mangler en tablett nede i en annen avdeling, så kaller de på meg. Da må vi slippe det vi har og hente det. Da får du ikke gjort tjenesten i arbeidslaget fullt ut. Det er vanskelig (spl/termin 1).

På kveldsvakt kunne sykepleieren i tillegg til ansvaret i arbeidslaget, også ha ansvar for en annen avdeling i sykehjemmet:

”Det er derfor det er tøft for de andre å gå med sykepleiere. Jeg skjønner det, men det er også tøft for oss sykepleiere å ha de vaktene. Nå i det siste har vi gått det som kalles

toppvakter. Det skal være en ute og en inne, men om de greier å dekke det opp det vet jeg ikke. Hvis de ikke greier å dekke det opp, så må vi som går på topp ta alt” (spl/termin 1).

Sykepleierne opplevde de stadige avbruddene som konfliktfylte i samarbeidet:

”Hjelpepleierne og assistentene synes ikke det er noe særlig kjekt å gå sammen med oss sykepleierne på teamet fordi vi må løpe så mye unna. Det er ikke alltid de skjønner hvorfor. Jeg sitter igjen med den følelsen at ’disse sykepleiene bare sniker seg unna’. Det er ikke noe kjekt når man er ny - nå kjenner jeg jentene bedre og kan si fra at dette må jeg ta – det er mitt ansvar, men i begynnelsen så syntes jeg at det sleit” (spl/termin 1).

Sykepleiernes tilkalling og vurdering i akutt situasjoner og legemiddelhåndteringen stykket opp arbeidsrytmen, og utfordret sykepleierne spesielt det første året i arbeidslaget. Mangel på erfaring og akutt geriatrisk kompetanse gjorde i tillegg nye sykepleiere faglig utrygge. Sykepleierne mente dessuten at hjelpepleiere og assistenter kanskje ikke forstod hvordan sykepleierne prioriterte de sykepleiefaglige arbeidsoppgavene i arbeidslaget.

Tverrfaglig arbeide i utakt

Fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom²⁹ og lege var tilknyttet sonen og tilgjengelig på dagtid, mens pleierne i arbeidslaget arbeidet i turnus. Samarbeidet mellom pleierne i arbeidslaget og de tverrfaglige medarbeidere var som omtalt tidligere, lavt prioritert ved oppstarten av forskningssamarbeidet (termin 1). Tverrfaglige møtetidspunkter var ikke koordinert i forhold til ulikheter i arbeidsrytmen:

”Det eneste tverrfaglige vi har er behandlingsmøtet. Det er også på torsdag fra 12-13. Der kan alle komme og melde sine på sånn tverrfaglig diskusjon. Syns det er helt håpløst. Syns ingenting sånt fungerer egentlig, for de (primærkontaktene) har aldri tid til å møte, de er ikke ferdige til klokka 12. Og så har de ikke så veldig interesse av det. Det tverrfaglige møtet fungerer når det kommer en ny pasient fra en avdeling til en annen, eller fra sykehuset eller når det er noe nytt – men sånn i hverdagen er det veldig lite som blir meldt” (avd.l/t 1).

Avdelingsleder fungerte derfor som formidler mellom pleierne i arbeidslaget og det tverrfaglige behandlingsmøtet. Personalet i hjemmesykepleien mente i tillegg at det tverrfaglige samarbeidet strandet fordi planleggingsprosessen tok for mye av deres tid:

”Jeg synes ikke det er bra nok tverrfaglig samarbeid. Men det er like mye fra vår side som fra den andre siden. Til og med sykepleierstudentene sier det til oss at det er lite samarbeid tverrfaglig. Jeg opplever at det ofte tar så lang tid å få i stand et samarbeid og få gjort noe med disse tingene, slik at vi ordner opp selv. Søker om hjelpemidler til badet om det er nødvendig selv. Da henvender vi oss direkte til hjelpemiddelteamet. Hvis jeg planlegger et besøk sammen med ergoterapeut eller fysioterapeut, så tar det så lang tid – altså det er sikkert en dum unnskyldning, men sånn er det. Det tar så lang tid både å planlegge og å få gjennomført samarbeidet at det går mye av min tid som jeg egentlig

²⁹ Sosionom stillingen var vakant i store deler av prosjektperioden.

skulle vært rundt om hos mange – det er jo dumt..” (spl C/ t 1).

I stedet for å utrede pasientens behov for assistanse i samhandling mellom sykepleieren og ergoterapeuten og tilpasse seg hverandres arbeidsoppgaver og rytme, anvendte sykepleierne sin myndighet til å rekvirere hjelpemidler selv. Pleierne oppfattet det tverrfaglige samarbeidet som tidsrøvende og utilfredsstillende. De arbeidet i utakt.

Konsekvenser av manglende tverrfaglig samhandling for pasientene

I hjemmesykepleien opplevde personalet at det tok lang tid både å få bestilt og tilpasset enkle hjelpemidler. Konsekvensene av manglende tverrfaglig samhandling for pasienten, illustreres med situasjonen om ”strømpepåtrekkeren” under:

”Hjelpepleier B er på hjemmebesøk hos en eldre kvinne. Kvinnen har brukket håndleddet og trenger hjelp for å dosere medisiner og til å få trukket på strømpene om morgenen. Medisinene doseres for en uke av gangen. Kvinnen må ofte vente til langt på dag for å få hjelp med strømpene. ”Det er bare dette lille jeg ikke klarer selv”, sier hun og forteller at hun har blitt så stiv (delt. obs/hj.pl B/termin1).

I den etterfølgende samtalen diskuterte vi (forsker og hjelpepleieren) bruk av hjelpemidler, som for eksempel en enkel strømpepåtrekker, som kunne gjøre denne kvinnen uavhengig av hjelp. Hjelpepleieren mente det ikke var noen grunn til å bestille hjelpemidler ettersom det tok for lang tid. Hun antok også at pasienten ikke vil klare å bruke hjelpemidlet. Konsekvensen av denne vurderingen var at en pleier fra hjemmesykepleien daglig kom på besøk for å trekke på strømpene.

”Det er jo kun et 5-minutters besøk, så hvis hun føler seg roligere med det så - en ørliten oppkvikker ved at vi kommer det synes jeg folk fortjener. Det dreier seg jo bare om noen få minutter, så det spiller ikke noen rolle for vår jobb. Ensomhet er sykdom nr 1 for eldre mennesker. Du merker etter hvert hvor mye du skal gi dem og hva du skal kreve av de og. En gang i uken er litt bortkastet egentlig. Det må være hver dag. Hun har brukket armen og det går en viss tid så vil hun klare seg selv! Men hun er redd for at vi ikke skal passe på. Har ikke familie. Så vi vet at hun i utgangspunktet vil klare seg, men at hun gjerne vil ha litt omsorg. Da synes jeg at det går an å gi henne det. Vi (medarbeiderne) er egentlig enige om det, for vi kjenner henne godt”(hj.pl B/ t 1).

Isolert sett tok det ikke lang tid å hjelpe denne pasienten. Oppdraget var enkelt og raskt.

Enighet innad i arbeidslaget forsterket denne omsorgsrelaterte praksisen. Et kritisk spørsmål til denne praksisen er imidlertid om kvinnen blir ”påført hjelpeløs” ettersom hun må tilpasse sin dagsrytme og vente på pleierens hjelp hver eneste dag? Hjelpepleieren ser dilemmaet med tiden, men er også oppmerksom på Eldres behov for støtte under sykdom og regelmessig kontakt. I stedet for å lære kvinnen hvordan hun med enkle hjelpemidler kan ta på seg

strømpene selv, får hun daglig besøk av hjemmesykepleien. Hjelpeierens vurdering førte til at hun ikke kontaktet ergoterapeut, eller noen andre faglig ansvarlige. Et viktig spørsmål kan være om ergoterapeuten i sonen sammen med pasienten hadde kommet frem til andre tilnærminger? Det samme mønsteret med fravær av tverrfaglig samarbeid kom også frem i andre situasjoner, som omtalt tidligere i situasjonen om manglende ”varmt vann”. Ett viktig spørsmål i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet er følgelig hvordan det tverrfaglige personalet på en mer systematisk måte kan samhandle om pasientene.

Oppsummering og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid

Kompleksiteten i den tverrfaglige samordningen av pleie- og omsorgstjenestene ble beskrevet av alle deltagerne. Det ble pekt på svikt både i direkte pasientsituasjoner og mangler i samordning av tjenestene på arbeidslags- og sonenivå, samt behovet for opplæring. Viktige spørsmål i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet var om det faktiske samarbeidet mellom tjenesteutøvere kunne styrkes og mangler i den tverrfaglige samordningen kunne forbedres slik at den enkelte pasient får nødvendige tjenester og til rett tid (Kvalitetsforskriften 1997, § 3). Hvordan tverrfaglig samarbeid påvirkes av sentrale rammefaktorer som organisasjonsstruktur og helselovgivningens krav, ble også nevnt.

Samordning av tjenester på tvers av nivåer

Samordning av tjenestene til pasientene i arbeidslaget fordret samarbeid internt i sonen og med ulike aktører i distriktet. Alle tjenesteleddene internt i distriktet inngikk i distriktets kvalitetsutviklingsarbeid. En av de viktigste samarbeidspartnerne var kjøkkenet.

Samarbeid med sykehjemskjøkkenet

For personalet i arbeidslaget var kjøkkenet i sykehjemmet en viktig samarbeidspart.

Kjøkkenet i sykehjemmet tilbød varm middag til hjemmeboende i sonen, som hjemmehjelperne kjørte ut. Ca 25 middager ble delt ut til brukere i arbeidslaget hver dag og vel 10 i helgene. Tilbudet var imidlertid begrenset:

*”Det er ikke så mange som får middag hjem hver dag. Det vanlige er 3 dager i uken. Kjøkkenet har ikke begrenset middagene enda, men det er jo litt opp til oss. Greier ikke de (hjemmehjelperne) som kjører ut, så må jo vi (hjemmesykepleien) kjøre resten”
(avd.l/termin 1.*

Arbeidslagets leder vurderte altså tildelingen av denne tjenesten i forhold til tilgjengelige ressurser i arbeidslaget og ikke kun primært ut fra pasientenes behov. Hun beskrev

samarbeidet med kjøkkenet som veldig greit. Noen eldre hjemmeboende synes imidlertid middagen var dyr og delte porsjonen i to, eller det kunne være ektepar som delte en middagsporsjon. I tillegg var det tilbud om frossen mat som ble kjørt ut til hjemmeboende etter bestilling hver annen uke. Arbeidslagets leder administrerte også denne ordningen.

Adskilte renhold- og vaktmestertjenester

Vaktmester og rengjøringspersonale var også skilt i egne driftsenheter:

”Tidligere kunne vi jonglere mer med renholdspersonalet og hva de skulle gjøre. Nå går ikke det. Kan ikke be vaktmesteren om å skifte en lyspære engang. Det blir til at vi vasker rullestolene selv, blir altfor tungvint å be om det når vi trenger det” (oppsum samt/avd.l/t1).

God service fra laboratoriet – og tannlegetjenesten

Laboratorietjeneste og hjelpemiddelteam var distriktsovergrepene tjenester i kommunen. Sykepleierne og hjelpepleierne i arbeidslaget mente den kommunale laboratorietjenesten for hjemmeboende gav god service og de var en sentral samarbeidspart. Alle pasienter i hjemmesykepleien fikk tilbud om gratis tannlegetjenester, og tannpleier undersøkte regelmessig tannstatus også hos beboerne i sykehjemmet.

Behov for opplæring i bruk av teknisk utstyr

Når det gjaldt samarbeidet med det distriktsovergrepene hjelpemiddelteamet, mente sykepleierne og hjelpepleierne i arbeidslaget at det var behov for forbedringer. I mange hjem var det etter hvert blitt mye teknisk utstyr, som høreapparater, elektriske rullestoler, heiser og senger. Pleierne fikk imidlertid lite opplæring i bruk av teknisk utstyr, og de opplevde samarbeidet med hjelpemiddelaktørene som mangelfullt:

”De (hjelpemiddelteamet) kommer og setter det på plass og så ferdig med det. Det er ikke alltid vi er tilstede. Vi vet jo ikke når de kommer. Det blir mye prøving og feiling, fremfor å prøve å få ergoterapeuten til å lære meg opp – det tar for lang tid. Vi rekker det ikke” (hj.pl B/t 1).

Utvikling av medisinsk faglige prosedyrer og behov for styrket kompetanse

Det tverrfaglige samarbeidet med sykehjemslege og primærlegene i kommunen, ble av sykepleierne og hjelpepleierne i arbeidslaget beskrevet som tilfredsstillende:

”Vi forholder oss mye til ett legesenter, ettersom de fleste våre har sine leger der. De ønsker at vi skal ringe - så akkurat det er jo opp til oss” (arbeidsl.leder/ t 1.)

Utvikling av samarbeidsrutiner for legemiddelhåndtering og behandling av sår var eksempler på forbedringsområder som allerede var satt i gang ved oppstart av forskningssamarbeidet. Skriftelige prosedyrer ved dosering av medikamenter og skriftlige sårprosedyrer var nylig utarbeidet. Arbeidslagets leder identifiserte imidlertid kunnskap om kroniske sår og behandlingsprinsippene ved sår som sentrale medisinskfaglig kvalitetsutviklingsområder i forskningssamarbeidet.

Oppsummering og spørsmål til videre kvalitetsutviklingsarbeid

Den administrative organisasjonsstrukturen og styringsnivåene i kommunen var vesentlige rammefaktorer i utvikling av det tverrfaglige samarbeidet. Personalet i arbeidslagene, ergoterapi- og sosionom tjenestene var administrativt ledet i distriktet under pleie- og omsorgssjefen i kommunen, mens helsesjefen i kommunen var ansvarlig for sykehjemslegene og fysioterapitjenesten i sykehjemmet. Denne administrative delingen mente avdelingslederen i arbeidslaget var tungvint særlig i forhold til medisinsk faglige forbedringsprosesser. Administrative utfordringer i forhold til distriktsovergrepene samarbeidspartnere ble også tatt opp av deltagerne i arbeidslaget i den første datagenereringen.

En annen viktig faktor var beslutningsmyndighet som i medisinske spørsmål om undersøkelse og behandling av den enkelte pasient, er regulert gjennom helselovgivningen (Helsepersonelloven § 4). Samarbeidet med sykehjemslegen i sykehjemmet og pasientenes primærleger i hjemmebasert omsorg var derfor en vesentlig faktor i kvalitetsutvikling av tjenestene.

5.5 Utfordringer i arbeidsmiljøet

Det fysiske arbeidsmiljøet i arbeidslaget var kjennetegnet av at tjenestene ble utført på ulike arenaer, dels inne i sykehjemsavdelingen og dels ute i hjemmebaserte tjenester. De ulike tjenestearenaene har begge særskilte arbeidsmiljø utfordringer. I hjemmesykepleien pekte deltagerne for eksempel på viktigheten av å bevare en tilfredsstillende håndhygiene, mellom hvert besøk. Det kunne være en utfordring:

”Jeg bruker Zalo”, „ jeg er veldig tørr på hendene. Det er ikke så lett å opprettholde ordentlig hygiene når man jobber ute, selv om det er desinfiserings-skum i bilen. Når du kommer dit har du jo tatt i mye. Mange av dem jeg går til har jo såpestykker og det vasker ikke jeg henda mine med. Det blir vemmelig.. da bruker jeg heller Zalo, da føler jeg at

fingrene er reinere. Jeg vet ikke, kanskje er jeg litt mer opptatt av det enn de andre. Jeg smører meg når jeg kommer inn”(hj.pl /termin 1).

Den viktigste felles utfordringen i det fysiske arbeidsmiljøet var manglende elektronisk utstyr til dokumentasjon og at arbeidslaget kun hadde ett vaktrom med en telefon (termin 1).

Det relasjonelle arbeidsmiljøet var preget av at personalet vanligvis begynte alle vakter før arbeidstidens begynnelse og sykepleierne/hjelpepleierne ute rakk sjelden lunsjpause. Noen medarbeidere gav uttrykk for at de likte å komme tidlig, gjerne en halvtime før for å være klare ved arbeidstidens begynnelse. I hjemmesykepleien var handlingsnormen i tillegg at man ikke tok lunsjpause før oppdragene var ferdige:

”Jeg går ikke inn og tar pause før jeg er ferdig med alle stell. I helger og på kveldsvakt ute da er det slitsomt.. folk skal legge seg og jeg må gjøre det ferdig. .. det er vel samvittigheten.. det er jo mennesker ... ikke akkurat som en plikt heller, men .. mer som samvittigheten”(hj.pl A/termin 1).

De kollektive arbeidsnormene og hjelpepleierens personlige moralske handlingnormer er styrt av normative verdier rettet mot å ivareta pasientens behov først. Sykepleierne beskrev også arbeidsmiljøet som hardt fysisk med mye ansvar og høyt arbeidspress, men antydte samtidig at enkelte arbeidsoppgaver gjorde arbeidet ensformig:

” Veldig tøff fysisk jobbing. Hardt arbeidspress. Mye ansvar. Og kanskje .. det kan misforstås så veldig hvis jeg sier lite utfordringer, fordi det er utfordringer i alt, men det kan bli litt ensformig.. det blir mye søppel, oppvask og bleieskift. Det gjør det” (feltnotat, spl /termin 1).

Ansvarsfordelingen og kravet om intern samordning av kompetanse mellom sykepleier og hjelpepleierne ble oppfattet som et spenningsfelt i arbeidsmiljøet. Selv om arbeidsmiljøet var preget av kollektive handlingsnormer hvor ”alle gjør alt”, opplevde nye medarbeidere at det var vanskelig å bli inkludert:

”Jeg synes det har vært tøft arbeidsmessig både psykisk og fysisk, stort arbeidspress og til tider har det vært vanskelig å komme inn i arbeidsmiljøet” (spl /termin 1).

Stor turnover blant sykepleierne og tilsvarende kontinuitet blant assistenter og hjelpepleiere, skapte en ulikevekt i samarbeidsrelasjonene:

”Jeg har aldri opplevd hjelpepleier – sykepleierkonflikt så sterkt som her. Det går på konkurranse, men jeg tror det ligger mye i det at det har vært sykepleiermangel her. Når vi startet 3 nye sykepleiere i fjor høst, så fikk vi de oppdragene som var litt gjeve, for å si det sånn. Oppdrag som tilsynsbesøk, vurderingsbesøk – det litt ekstraordinære. Det var det vel hjelpepleiere som hadde måttet gjøre før fordi det ikke var sykepleiere da. De har vært her i mange, mange år, de er godt kjent og de kan masse, har masse erfaring. Men det er klart det er tøft å skulle innrette seg etter oss som er om ikke så unge, så i hvert fall nyutdannede. Og, så går det jo ofte igjen at: ja – disse sykepleierne de blir her bare en kort stund og så slutter de. Det er jo sant. Så jeg tenker med meg selv at det er fint å være her,

det er mye å lære, men jeg kan ikke være her for lenge fordi jeg ikke vil bli utrygg på de prosedyrene som jeg skulle ha lært. De som du hadde inne rett etter skolen ” (spl /termin 1).

Hjelpepleiere og assistenter med flere års erfaring gav uttrykk for at de kjente rutinene og de faste pasientene, og at de derfor ikke skrev konkrete pleieplaner. Den lokale handlingsnormen var at man så an situasjonen, og handlet ut fra egen forståelse av situasjonen.

Sykepleiedokumentasjonen ble av sykepleierne opplevd som mangelfull, ettersom de ofte kom til nye pasienter og hadde behov for opplysninger i samarbeid med primærlegene.

Sykepleier og hjelpepleierne hadde også liten kunnskap om hverandres oppdrag og det ble av enkelte sykepleiere gitt uttrykk for at det var store konflikter mellom de kjente hjelpepleierne, assistentene og de nyere sykepleierne.

Overføring av kunnskap mellom medarbeiderne var oftest konkret og rettet til dagens eller neste vaks oppdrag, som påminnelser om viktig tiltak, utstyr eller endring av rutiner. Det var ingen systematisk gjennomgang av den enkelte pasients pleieplan i kollegagrupper eller brukermøter som involverte pårørende. Tid til tverrfaglig møter var ikke prioritert av pleiepersonalet i arbeidslaget. Begrunnelsen var at møtene var på feil tid i forhold til pleiepersonalets arbeidsrytme og at det ville ta for lang tid å samarbeide. Avdelingsleder kompenserte mangler i det tverrfaglige samarbeidet ved å delta på fagmøter og bringe informasjonen videre til primæransvarlige. Hun fungerte dermed aktivt som kommunikasjonsbærer mellom personalet og som en forlenget arm i den praktiske hverdagen.

Opplæringstid

Under de innledende observasjonene nevnte ingen hjelpepleiere noe om sin opplæringstid. De var erfarne og hadde vært i arbeid i mange år. Sykepleierne gav ved flere anledninger uttrykk for at den formelle opplæringstiden i arbeidslaget var kort. Avdelingslederen fortalte at den vanlige opplæringstiden for nyansatte var tre vakter uavhengig av yrkesgruppe:

”Da jeg begynte, så var det 2 dagvakter og 1 kveldsvakt. Det var det. Jeg opplevde det kjempe OK å komme hit... Jeg tror disse (3 nye sykepleiere – se over) slet mye mer. Jeg vet ikke hva det handler om. Jeg har tenkt mye på det. Etter jul lagde jeg felles pakke for hele huset med undervisning om forskjellige ting for sykepleierne, men det fungerte ikke noe særlig. Hjelpepleierne og assistentene har to dagvakter og en kveldsvakt! Så snakker vi sammen om hvordan de synes det går – og noen trenger jo lengre tid, ja det er forskjell” (feltnotat, oppsum samt, avd.1/termin 1).

Nyansatte sykepleiere i arbeidslaget gav uttrykk for at de trengte lengre opplæringstid (ansatt før oppstart av forskningssamarbeidet) og at selv om noe av arbeidet var enkle rutiner var deres funksjon preget av stor kompleksitet.

5.6 Oppsummering - grunnlaget for videre forskningssamarbeid

Oppsummering på arbeidslagsnivå

Beslutningsmønsteret i arbeidslaget var i sterk grad preget av avdelingslederens nærværende posisjon som formidler mellom tjenesteutøverne, og mellom personalet i arbeidslaget og tverrfaglige medarbeidere. Kommunikasjonen var ensidig rettet mot avdelingslederen og oppgaveorientert. Avdelingslederens sentrale funksjon som aktiv sykepleier og leder i arbeidslaget, hadde også dekket over brist i den faglige bemanningen i perioder.

Avdelingslederen mente den manglende fagligheten i arbeidslaget gjorde det nødvendig å være rollemodell og delta aktivt i det pleiefaglige arbeidet ved for eksempel å stille de sykeste og tyngste pasientene i sykehjemsavdelingen daglig. Hun forventet at de øvrige sykepleierne ivaretok sitt sykepleiefaglige ansvar som primæransvarlige, mens hjelpepleiere og assistenter i større grad arbeidet under veiledning. Den sterke hierarkiske styringen i arbeidslaget virket dempende på erfarne hjelpepleiere og sykepleiernes engasjement og vedlikeholdt oppdragsorientering. Flere hjelpepleiere og assistenter fremhevet samtidig avdelingslederens faglige dyktighet og trygghet. Medarbeiderne uttrykte også en viss tretthet overfor organisasjonsendringene fra delte tjenester til arbeidslag, som de tidligere ikke hadde hatt medvirkning på (1994-97). I det lokale kvalitetsutviklingsarbeidet ønsket arbeidslagets leder og tjenesteutøvere derfor å bevare arbeidslagsmodellen som en strukturerende ramme.

Forutsetning for videre forskningssamarbeid

I løpet av det innledende samarbeidet med arbeidslagets leder og interesserte tjenesteutøvere ble eksisterende praksis, tjenestenes innhold og arbeidsorganisering og de kommunikative samhandlingsmønstrene, analysert i lys av Kvalitetsforskriftens § 1-3 (1997). Gjennom samtalene og spørsmålene som ble stilt underveis i datagenereringen og i oppsummeringen ble samtidig grunnleggende verdier i tjenesteutøvelsen og konkrete problemstillinger for det videre kvalitetsutviklingsarbeid i arbeidslaget identifisert. Resultatene fra oppsummeringen ble lagt frem for distriktslederen, og veien videre ble diskutert. Avdelingslederen la vekt på at utfordringene og de identifiserte problemstillingene ikke var nye:

”Det var ikke noe nytt, men mange ting som jeg har tenkt på lenge.” (oppsum.samt /avd.1/t 1).

Etter dette forarbeidet meldte både arbeidslagets leder og tjenesteutøvere i arbeidslaget aktivt sin interesse for å delta i forskningssamarbeidet i fortsettelsen.

KAPITTEL 6 UTVIKLING AV LÆRENDE STRUKTURER

Dette kapitlet omhandler hvordan lærende strukturer ble utformet på ulike nivåer i virksomheten innenfor eksisterende strukturer og ved etablering av aksjonsgrupper. Læringsstrukturen er inspirert av Habermas (1999) teori om kommunikativ handling og sosiokulturell læringsteori, som tidligere beskrevet i kapittel 3. Fremstillingen omfatter hvordan verdifelleskapet ble grunnlagt gjennom dialogkonferanser på distrikts- og arbeidslagsnivå. Fokus er særlig rettet mot etableringen av aksjonsgruppene og deres ansvarsområder i kvalitetsutviklingsarbeidet, deltagerens funksjoner og utviklingen interne læringsstrukturer.

6.1 En felles verdiplattform

Allerede i de innledende samtalene med distriktets ledere kom vi frem til at Kvalitetsforskriften (1997) skulle fungere som en vurderingsnorm for kvalitetsutviklingsarbeidet. Kartleggingen i arbeidslaget avdekket imidlertid at Kvalitetsforskriften (1997) og kommunens mål for pleie- og omsorgstjenestene var lite kjent blant personalet. Viktige delmål bestod derfor i å etablere en felles verdiplattform som var kjent og diskutert i distriktet, sonene og arbeidslagene og etablere kommunikative strukturer innenfor organisasjonens eksisterende strukturer som kunne gi handlingsrom for kvalitetsutviklingsarbeidet.

Å starte der deltagerne er

For å dele erfaringer og bygge opp under allerede igangsatte tiltak i de tre sonene i distriktet, ønsket distriktslederen å involvere alle ledere og fagansvarlige i distriktet i det videre kvalitetsutviklingsarbeidet og gjøre Kvalitetsforskriftens målsetting og krav kjent i hele organisasjonen. Vi valgte derfor å starte utviklingsarbeidet med dialogkonferanser på distrikts- og arbeidslagsnivå. Dialogkonferansen for alle ledere, representanter for alle faggrupper og tillitsvalgte ble knyttet til det årlige lederseminaret i distriktet.

Lederkonferansen var over tre dager³⁰, mens personalet i arbeidslaget (felt 1) hadde et dagsseminar. Det var den tiden lederne mente var rimelig og mulig å sette av.

For å starte ut der deltagerne var og anerkjenne at det ikke bare er en vei som fører frem i kvalitetsutviklingsarbeid ble lederne i arbeidslagene og i enheter som allerede var i gang med ulike fagutviklingsarbeider invitert til å dele sine ulike erfaringer under dialogkonferansen. I erfaringsutvekslingen introduserte jeg de viktigste kjennetegnene ved deltagende aksjonsforskning og hvordan vi hadde kartlagt praksis i ett arbeidslag som bakgrunn for organiseringen av kvalitetsutviklingsarbeidet i dette arbeidslaget.

Vi gjennomgikk Kvalitetsforskriften (1997) i fellesskap og diskuterte hvilken betydning forskriftens målsetting og krav kunne få for videre kvalitetsutviklingsarbeid i den enkelte enhet. Selv om flere ledere gav uttrykk for at Kvalitetsforskriften (1997) var en ideell målsetting, uttrykte både tverrfaglige representanter og tillitsvalgte at den beskrev viktige mål for alle i distriktet. ”*Endelig står det i en forskrift, som vi kjemper for å klare hver dag*”, uttrykte flere.

For ytterligere å anskueliggjøre kvalitetsbegrepets mangetydighet og at kunnskap ofte er innvevd i bestemte hendelser og opplevelser (Jensen 1993, Kirkevold 1996), valgte vi å engasjere alle i en utforskning av hva kvalitet er gjennom bruk av bilder og frie assosiasjoner. Antagelsen i slik kreativ pedagogikk er at bilder kan frigjøre sanseintrykkene (Gulbrandsen og Forslin 1997). Ved hjelp bilder som stoppeklokken, kaffekoppen, hender som møtes og tyrefekterarenaen, samt frie assosiasjoner ble den personlige kunnskapen om *kvalitet* delt på tvers av de vanlige skillelinjene mellom ledere og fagpersonalet. Assosiasjonene knyttet ”hva kvalitet er” uttrykte stor bredde, og ble nedskrevet gruppevis på store ark, som vist fra 4 av gruppene:

<i>Å tørre Å feile, Å våge, Å ta vare på, Livsutfoldelse, Budsjettprosessen, Forutsigbarhet</i>	<i>Dårlig samvittighet, Begrenset gode, Tiden gir muligheter, God medisinsk behandling</i>	<i>Bry seg om, Berøring, Respekt, Avhengighet, Tilgjengelighet, Litt av din tid</i>	<i>Estetikk, Velvære, Å gripe etter en ting av gangen</i>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

(Feltnotat/dialogseminar/distriktet/t 2)

Tilsvarende læringsaktiviteter ble gjennomført under dialogkonferansen i arbeidslaget.

³⁰ Ledergruppen hadde tredagers ledersamling hvert år, og vi valgte å benytte dette forumet. 43 personer deltok med representanter fra alle tre sonene i distriktet på den første dialogkonferansen i distriktet .

I arbeidslaget gav personalets særlig uttrykk for at ”kvalitet” har å gjøre med å *passe tiden*:

”det handler om å rekke så mye som mulig innen tiden renner ut”

”det gjelder om å forte seg langsomt”

”stress – ser på klokka for å rekke det – det går ut over andre, ikke bare deg selv, både brukere og personalet” (feltnotat/dialogseminar/felt 1/t 2).

Andre mente kvalitet i arbeidet kunne knyttes til den enkelte tjenesteayers *samvittighet* og vissheten om at pasienten fikk nødvendig hjelp:

”at pasienten kan stole på at noen kommer” (feltnotat/ dialogseminar/felt 1/t 2).

Assosiasjonene knyttet til kvalitetsbegrepet var ulike. Deltagerne presenterte også følelsesmessige uttrykk som spente fra ytterpunktene av glede til fortvilelse. Slik sett var denne innledende arbeidsprosessen knyttet til selvrefleksjon, ettersom deltagerne assosierte og tenkte gjennom sine erfaringer. De umiddelbare kommentarene og samtaleprosessene i dialogkonferansene både i distriktet og i arbeidslaget viste at forståelsen av kvalitet i praksis var mangfoldig. Erfaringsutvekslingen bidro samtidig til at kunnskapingen ble intersubjektiv. Kombinasjonen av skapende fantasi og deling av erfaringer gjennom samtaler i grupper var samtidig de første skrittene i forskningstilnærmingens epistemologi (Titchen og Manley 2006) som innebærer å utvikle kunnskap som kan bidra til kvalitetsutvikling i praksis. Å lære gjennom egne assosiasjoner og andres språklige uttrykk, er samtidig en form for pedagogisk tilrettelegging (Gulbrandsen og Forslin 1997) som vi også har anvendt prosessuelt i aksjonsgruppene.

Årlige dialogseminarer

Seminarer - organisasjonsnivå

Ved å innlemme de ordinære ledersamlingene på distriktsnivå som en del av arbeidsprosessene i kvalitetsutviklingsarbeidet ble dialogseminarene en viktig læringsarena og informasjonsflyten ble samtidig styrket i hele distriktet. De årlige konferansene med erfaringsutveksling gav samtidig rom for kritiske spørsmål til utviklingsstrategiene i det videre kvalitetsutviklende arbeidet.

I den første dialogkonferansen ble det satt fokus på Kvalitetsforskriftens (1997) overordnede målsetting som grunnlag for kvalitetsutviklingsarbeidet i hele organisasjonen. I den neste årlige dialogkonferansen ble Kvalitetsforskriftens § 3 om pasientenes og pårørendes medvirkning i planlegging og gjennomføring av pleien satt i fokus. Innenfor denne

overordnede rammen ble den enkelte sone med arbeidslag og enheter utfordret til å utvikle konkrete kvalitetsutviklende tiltak i samarbeid med sine ledere og fagpersonalet.

Dialogseminarer - arbeidslaget (felt 1)

Ved gjennomgangen av Kvalitetsforskriftens målsetting og krav til den enkelte tjenesteutøver og tjenesteapparatet som helhet, gav personalet i arbeidslaget uttrykk for at Kvalitetsforskriftens målsetting, § 1 samsvarte med deres faglige verdier. Ønsket om å ivareta pasientenes grunnleggende behov og respekten for den enkeltes livsførsel var sterke verdier. Flere foreslo spontant konkrete forbedringsområder i tjenestene, som kunne styrke pasientenes velvære, eksempelvis mer fokus på godt fotstell og på munnstell. Andre mente de burde fokusere på ulike former for sårbehandling. Sosiale aktiviteter for beboere i sykehjemsavdelingen ble foreslått som et viktig forbedringsområde.

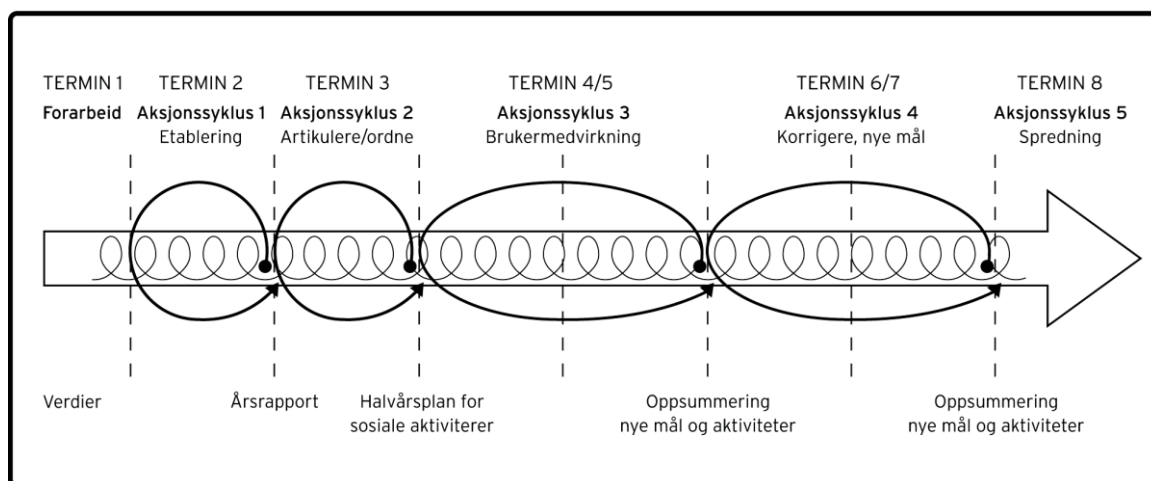
Konkretiseringen av de grunnleggende behovene i Kvalitetsforskriften § 3, synliggjorde at personalet i arbeidslaget stod overfor mange utfordringer for å klare å ivareta den enkelte pasients grunnleggende behov. Det ble pekt på at flere beboere i sykehjemsavdelingen ikke hadde vært ute de siste fem årene (det var så lenge denne hjelpepleieren hadde arbeidet i avdelingen) og at de sosiale fellesaktivitetene i liten grad var ivaretatt i sykehjemsavdelingen. Da aktiviteten sluttet var stillingen blitt inndratt. ”Vi klarer så vidt det praktiske stellet og maten”, sa noen. Andre reiste spørsmål om hvordan man skulle kunne gjennomføre noe nytt, som det å ta med pasientene ut, når antallet pasienter og oppdragene var økende. Arbeidslagets leder påpekte at travelheten ikke var konstant; Kanskje det var mulig å endre på noe?

Arbeidslaget gjennomførte etter den første dialogkonferansen årlige seminarer med deling av erfaringer og planlegging av konkrete delmål og aktiviteter i kvalitetsutviklingsarbeidet. Lokale planer i arbeidslaget ble da sett i sammenheng med distriktets virksomhetsmål, politiske og administrative vedtak i kommunen samt nye forskrifter for kommunehelsetjenesten som Pasientjournalforskriften (2000), Forskrift om individuelle planer (2001) og Forskrift om habilitering og rehabilitering (2001). I tillegg gjennomførte arbeidslaget i samarbeid med tverrfaglige representanter i ressursgruppene fagseminar som satt fokus på spesifikke forbedringsområder, slik som gruppelederfunksjonen og dokumentasjonspraksis.

De årlige dialogseminarene med planlegging av aktiviteter ble gjennomført i august. Erfaringen var at dette var et godt tidspunkt for felles planleggingsarbeid da turnussystemet omlegges i ferieperioder og det ofte er utskiftninger av personalet i forbindelse med sommerferien hvor noen medarbeidere går over i andre stillinger eller utdanning. Det ble satt av en dag, og aktivitetene i arbeidslaget ble da redusert til et minimum. Planleggingsseminaret fungerte som et aktivt arbeidsseminarer der arbeidslagets leder innledet med henvisning til nasjonale mål for kvalitetsutviklingsarbeidet, og viste til nye forskrifter og krav fra offentlige myndigheter av betydning for kvalitetsutviklingsarbeidet samt kommunale mål og distriktets virksomhetsplaner og budsjett. Personalet i hver ressursgruppe gikk deretter gjennom delmålene fra forrige halvår og oppsummerte erfaringer med utgangspunkt i spørsmålet: Hvor er vi nå? Gruppens kritiske granskning av planlagte aktiviteter ble vurdert i forhold til Kvalitetsforskriftens krav (Kvalitetsforskriften 1997:§ 1-3) (se vedlegg 5: Utvikling av mål og aktivitetsplaner). Med basis i denne evalueringen utviklet hver ressursgruppe nye delmål og aktivitetsplaner for kommende halvår som ble presentert for medarbeiderne i arbeidslaget.

Satsingsområder i kvalitetsutviklingsarbeidet ble diskutert på tvers av gruppene og sett i lys av arbeidslagets ressurser. Viktige forbedringsområder som krevde felles innsats i arbeidslaget var styrking av primærkontaktfunksjonen, tverrfaglig samarbeid og utvikling av dokumentasjonssystemet. Tilrettelegging av *sosiale aktiviteter for beboere i sykehjemmet* var det første forbedringsområdet som ble identifisert felles i gjennomgangen av kravene i Kvalitetsforskriften (aksjonssyklus 1) og prioritert av alle tjenesteutøverne i arbeidslaget (aksjonssyklus 2), mens Kvalitetsforskriftens krav om *brukermedvirkning* ble valgt som forbedringsområde både i tilknytning til distriktets årlige fag- og lederseminar og konkretisert i det årlige planleggingsseminaret i arbeidslaget ved begynnelsen av termin 4 (aksjonssyklus 3). Etter oppsummering av erfaringer i alle gruppene i termin 5, utviklet alle gruppene konkrete delmål og tiltak for å implementere kravene i Kvalitetsforskriften. Etter at det ble ansatt flere nye sykepleiere, ble sykepleierfunksjonen i arbeidslaget satt i fokus i aksjonssyklus 4 (se fig 7).

Med systematiske halvårsoppsummeringer og deling av erfaringer i årlige planleggingsseminarer ble det i forskningsfelt 1 identifisert 5 påfølgende aksjonssykluser av ulik varighet (se fig 7).



Figur 7: Forarbeidet og aksjonssyklus 1-5, med halvårsoppsummeringer (felt 1)

Aksjonssyklus 1 og 2 omfatter etableringen av aksjonsgruppene med deling av erfaringer og utvikling av tiltak man kunne arbeide videre med. Aksjonssyklus 3 fokuserte som tidligere beskrevet på styrking av brukernes medvirkning, mens aksjonssyklus 4 var er revidering av etablerte tiltak og mål i forhold til nye brukergrupper som fordret tilpassing av tjenester i en ny omsorgsbolig og et økende antall personer med demens. Etter oppsummeringene av erfaringene og som følge av endringer i arbeidslagets brukere og personalsammensetning ble planer korrigert og nye mål identifisert for det videre kvalitetsutviklingsarbeidet. Den siste syklusen med nye mål og aktiviteter indikerer at arbeidsformene vedvarte også etter at forskningssamarbeidet var avsluttet (se figur 7).

Seminarer - eksterne nettverk

Utvikling av kommunikative handlingsrom dreier seg også om å etablere nettverk utover det nære kontaktnettet i arbeidslaget og distriktet. Ved å delta aktivt i det regionale nettverket for kvalitetsmedarbeidere i kommunene har vi både bidratt med erfaringer fra kvalitetsutviklingsarbeidet i felt 1 og 2 og fått kritiske innspill til endringsprosessene. Dette samarbeidet ble etablert gjennom kvalitetsrådgiver hos Helsetilsynet etter systemrevisjon i arbeidslaget (felt 1) der Helsetilsynets konkluderte at arbeidslaget var kommet langt med arbeidet i forhold til kravene i Kvalitetsforskriften (Helsetilsynet 2000*). At alle ansatte hadde kjennskap til Kvalitetsforskriftens krav som norm for egen praksis og arbeidet med personalet i samhandlende grupper, ble fremhevet som særlig positivt.

Gjennom deltagelse i kvalitetsrådgivers dialogkonferanser i regionen fikk vi kjennskap til at kommunene valgte ulike veier for å implementere kravene i Kvalitetsforskriften (1997). Flere

kommuner valgte å vektlegge Kvalitetsforskriftens krav om utvikling av skriftlige prosedyrer. Det har ikke vært fokus i foreliggende forskningsarbeid. Vi la i stedet vekt på hvordan den enkelte tjenesteutøver og tjenesteapparatet som helhet kunne ivareta pasientens individuelle grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskriften 1997, § 1-3).

6.2 Etablering av samhandlende grupper - ressursgrupper

Analysene av utfordringene i arbeidslagets praksis, som er beskrevet i kapittel 5, synliggjorde at samhandlingen mellom primærkontaktene og faglig primæransvarlige, mellom pleierne i arbeidslaget og tverrfaglige medarbeidere i sonen burdes styrke. Arbeidslagets fordeling av oppdragene, som var basert på faste dager og størst mulig likhet i arbeidsmengde, utfordret også intensjonene i primærkontaktsystemet. Pleierne ytret videre ønske om endringer som kunne ivareta pasientenes grunnleggende behov, og de savnet faglige diskusjoner.

Med bakgrunn i de nevnte problemstillingene foreslo arbeidslagets leder følgende endringstiltak:

- at personalet i arbeidslaget skulle organiseres i samhandlende grupper etter ulike ansvarsområder
- at tverrfaglige medarbeidere fra sonen ble invitert til deltagelse i aktuelle grupper i arbeidslaget
- at den interne møttestrukturen ble tilpasset arbeidsrytmen i arbeidslaget (feltnotat/t2)

Ideen med samhandlende grupper var både et tiltak for å styrke tjenestene på vesentlige områder og styrke kompetansen i arbeidslaget. Deltagerne gav derfor gruppene betegnelsen ressursgrupper³¹ og navn etter ansvarsområdet. En oversikt over gruppene er tidligere presentert i kapittel 4 (se tabell 6, side 71).

Etableringen av samhandlende grupper har grunnlag i aksjonsforskningens demokratiske ideal (Reason og Bradbury 2006). Antagelsen var at deltagelse i faste ressursgrupper med et felles ansvarsområde, ville gi primærkontaktene og de faglig ansvarlige større muligheter til læring gjennom samhandling og utforskning av ulike handlingsalternativer. Utviklingen i primærfunksjonen og samhandlingen mellom primærkontaktene utdypes i senere avsnitt om lærings- og endringsprosessene i ressursgruppene i kapittel 7.

³¹ Denne typen grupper omtales i aksjonsforskningslitteraturen som ”aksjonsgrupper” (Reason/Bradbury 2006).

Ressursgruppenes ansvarsområder

Ressursgruppenes ansvarsområder ble foreslått av arbeidslagets leder etter samtaler med personalet i arbeidslaget. Forslaget var basert på kjennskap til alle brukerne og til hele personalet i arbeidslaget, samt de identifiserte problemstillingene fra kartleggingen i arbeidslagets praksis. Personalet ble forespurt om de hadde spesielle ønsker sett i forhold til de identifiserte ansvarsområdene. Sykepleierne og de fleste hjelpepleierne som var primærkontakter for pasienter i hjemmesykepleien, ønsket å delta i enten ressursgruppe C eller D (se tab.10). En erfaren hjelpepleier var særlig opptatt av beboerne i sykehjemsavdelingens behov, og fikk sammen med assistentene og arbeidslagets leder ansvar for ressursgruppe A. En sykepleier fortsatte som tidligere som ressursperson for alvorlig syke og døende i samarbeid med avdelingslederen i ressursgruppe B. Tidligere erfaringer med spesielle ressurspersoner hadde vist seg å være sårbart på grunn av turnus og turnover i arbeidslaget. Å samle primærkontaktene i samhandlende grupper med ansvar for spesifikke brukergrupper ble antatt å sikre en større spredningseffekt i tjeneste- og kunnskapsutviklingen i arbeidslaget.

GRUPPE	ANSVAR SOMRÅDE	DELTAGERE*	GRUPPE LEDER	MØTE TID
A Avdelingen	Beboere i sykehjemsavdelingen	1 hjelpepleier, 5 assistenter, avdelingsleder	hjelpepleier	Torsdag Ulik uke kl 14.00-15.00
B Alvorlig syke/døende	Hjemmeboende personer som er alvorlig syke og ønsker å dø hjemme	1 sykepleier, avdelingsleder	sykepleier	Fredag Lik uke kl. 14.00-15.00
C ADL/sår	Hjemmeboende personer som får ADL tjenester og /eller sårstell	1 sykepleier, 1 ergoterapeut 3 hjelpepleiere/ omsorgsarbeider	sykepleier	Onsdag Ulik uke kl. 14.00 – 15.00
D Psykiatri/ demens	Hjemmeboende personer med psykiske lidelser og hjemmeboende personer med demens	1 sykepleier 3 hjelpepleiere, 1 sykepleierstudent	sykepleier	Tirsdag Lik uke kl. 14.00 -15.00

Tabell 10: Etablering av ressursgrupper (aksjonssyklus 1/felt1)

* oversikten over antall deltagere gjelder de første 3 månedene i ressursgruppene.

Sonens ergoterapeut deltok i gruppe C og sonens psykiatrisk sykepleier ble invitert som deltager i ressursgruppe D, men deltok kun sporadisk. Sosionom og fysioterapeut ble invitert med fra termin 3. Ressursgruppene var åpne for nye medarbeidere og studenter/elever i deres praksisperioder.

Etter forslag fra arbeidslagets leder ble det oppnevnt en fast gruppeleder i hver ressursgruppe som koordinerte og sørget for informasjon innad i gruppen og nødvendig informasjon til andre medarbeidere. Gruppelederen var enten sykepleier eller en erfaren hjelpepleier. Hver gruppe fikk hver annen uke på en fast dag, en time mellom kl 14 og 15, som sin tid. Dette

tidspunktet ble vurdert som mest gjennomførbart uten ekstra ressurser i arbeidslaget. Da hvilte de fleste beboerne i sykehjemsavdelingen etter middag, og oppdragene i hjemmesykepleien var mer fleksible. Deltagere i gruppene ble anmodet om å hjelpe hverandre med gjenstående oppdrag og arbeidslagets leder oppfordret personalet på kveldsvakt om å komme en time før mot senere avspasering.

Antallet grupper ekspanderte ettersom deltagerne i de første ressursgruppene oppsummerte sine erfaringer, planla nye tiltak og nye brukergrupper kom til (se tabell 6, side 71). Ved avslutningen av forskningssamarbeidet i termin 8 ble en gradvis overføring av forskers ansvar for gruppeprosess støtte overført til andre lokale veiledere. Ressursgruppene har fortsatt arbeidet etter forskningssamarbeidet ble avsluttet.

Etableringen av ressursgrupper med fast møtetid fordret endringer i turnusplanen. Da endring av turnusplanen krever forhandlinger med tillitsvalgte, valgte deltagerne i ressursgruppene å prøve ut arbeidet i gruppene det første halvåret, før det ble gjort endringer. Ved avslutningen av halvårsterminen utvidet gruppene møtetiden med ca ½ time for å oppsummere.

Oppsummeringen fra arbeidet i ressursgruppene var positiv, og møtetiden ble lagt inn i turnusplanen for fast personell og faste vikarer slik at flest mulig kunne delta i arbeidstiden.

Da gruppemøtene og gruppens tiltak måtte ta hensyn til turnusarbeidet, var det ingen gruppemøter under ferieavviklingen på sommeren og i jul/nyttårshelgen. De faste gruppemøtene ble ikke avlyst ved få deltagere. Hver gruppe møttes gjennomsnittlig 8-10 ganger pr. halvår. Variasjonen i møtehyppigheten skyldtes ferier og helligdager.

6.3 Første halvårsoppsummering i ressursgruppene

Ressursgruppene hadde som beskrevet tidligere definerte ansvarsområder fra oppstart, men hver gruppe utformet innholdet, arbeidsformene og avklarte forventninger til forskers deltagelse separat. Allerede etter første oppsummering (etter termin 2) kom det frem at sammensetningen av personalet i ressursgruppene (se tabell 10, s.144) var av betydning for valg av problemstillinger og arbeidsformer i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Utvikling av temaer

Gruppe A: Avdelingen

I gruppe A valgte deltagerne ”å ta opp” brukere og ”gå gjennom” vanskelige

samhandlingssituasjoner mellom tjenesteyter og pasient. Pasientgruppen var avgrenset til 13-

14 pasienter i en sykehjemsavdeling, som alle deltagerne hadde et visst kjenneskap til. Avdelingsleder var en naturlig deltager i gruppen, ettersom hun ofte var med i morgenstellet i sykehjemsavdelingen.

Fordelingen av primærkontaktene og sentrale verdier som pasientenes medbestemmelse og egen aktivitet, var sentrale temaer i de innledende samtalene i gruppen. Etter det andre gruppemøtet var alle pasientene i sykehjemsavdelingen fordelt med primærkontakt blant det faste turnuspersonalet. Tildelingen var basert på tidligere kjenneskap til pasientene, og fordelt med utgangspunkt i pasientenes behov og personalets turnusplan. Gruppens hjelpepleier fikk primærkontaktansvar for 3 pasienter, mens to assistenter som begge har deltidsstillinger delte primæransvaret for 7 pasienter slik at de utfylte hverandres vakter.

Gruppens tidligste arbeidsform med presentasjoner av kjente pasientsituasjoner utdypes videre i kapittel 7.3. Presentering og reflekterende dialoger.

Gruppe B: Alvorlig syke og døende

Ettersom gruppe B's ansvarsområde dreide seg om en mindre pasientgruppe, vurderte avdelingsleder at det var tilstrekkelig med en sykepleier i oppstarten. Ideen var å invitere 1-2 sykepleiere fra det andre arbeidslaget til et internt samarbeid i gruppen spesielt med fokus på sykepleiernes faglige ansvar for de sykeste pasientene i sonen. En ressursgruppe med fokus på alvorlig syke pasienter og døende ble antatt å være hensiktsmessig ettersom sykepleiere fra begge arbeidslag, var faglig ansvarlig for de sykeste pasientene på tvers av arbeidslagene på kveld og i helger når det er færre sykepleiere på vakt i sonen.

Sykepleieren i gruppe B var en ressursperson i arbeidslaget og hadde hatt spesielt ansvar for alvorlig syke personer med kreft som ønsket å dø hjemme. Tre måneder etter oppstart var sykepleieren langtidssykemeldt, og hennes lokale kunnskaper var ikke lenger tilgjengelig for arbeidslaget. Lokale arbeidsrutiner og opparbeidet kontaktnett var ikke nedtegnet.

Avdelingsleder inviterte sykepleierne i det andre arbeidslaget, for å etablere en ressursgruppe på tvers av arbeidslagene for alvorlig syke hjemmeboende og døende pasienter, men dette samarbeidet kom ikke i gang. Ressursgruppen ble først reetablert etter at sykepleierbemanningen var styrket i arbeidslaget (termin 6).

Gruppe C: ADL/Sår

I gruppe C tok sykepleieren i gruppen initiativet til å utforske ADL begrepet (aktiviteter i dagliglivet), som var ett av gruppens to temaer. Etter de to første gruppemøtene kom gruppen frem til faktaspørsmål som: Hva er ADL? Hva er vår oppgave i ADL? Hvilke ressurser har

vi? Hvordan kartlegge ADL- funksjonen? Hvilke ADL tiltak foreslår vi for brukerne? Og mer undrende spørsmål som: Hvilke forventninger har brukerne til hjelp?

Hjelpepleierne i gruppen hadde erfart at enkelte brukere så ut til å kunne fungere hjemme med store funksjonstap. Andre brukere hadde kanskje urealistiske forhåpninger om hjelp?

Deltagerne i gruppen var også opptatt av hvorvidt naboer kunne være frivillige hjelpere for å ivareta ADL funksjoner, eller om det var tjenesteutøvernes forpliktelse. Det ble også stilt spørsmål som: Hvordan bruker vi vår makt i ADL- situasjoner?

For å utdype forståelsen av ADL begrepet valgte gruppen flere aktiviteter:

- å gå gjennom en konkret pasientsituasjon og vurdere denne pasientens ADL-funksjon
- å gå gjennom skjemaet som anvendes ved førstegangsvurderingene fra Gerix-data
- å invitere ergoterapeuten fra rehabiliteringsavdelingen, som de antok hadde spesiell kunnskap om ADL- begrepet til ett gruppemøte
- å lete etter litteratur om ADL.

Med bakgrunn i aktivitetene over, ble det stilt nye kritiske spørsmål i gruppemøtene sett i forhold til Kvalitetsforskriftens krav og arbeidslagets praksis vedrørende både kartleggingen av brukernes ADL- funksjon og konsekvensene av kartleggingen for praksis. Praksis var at avdelingsleder gjennomførte den første kartleggingen av brukernes behov. Kartleggingen var ikke tverrfaglig, men ble lagt frem i tverrfaglig møte til vedtak om tjenester. Ettersom vurderingen av brukers tilstand etter en standardisert registrering (Gerix behovsdata) fra 1. ”greier aktiviteten uten tilrettelegging” til 4. ”avhengig av personhjelp”, fordret faglig skjønn og kunne være situasjonsavhengig, mente sykepleieren og ergoterapeuten det kunne være viktig å se pasientens funksjon over noe tid. I forhold til ivaretagelse av grunnleggende behov og Kvalitetsforskriftens krav, mente de også det var grunn til å vurdere nærmere hvorvidt førstegangsvurderingen med registrering av brukers tilstand og situasjon var tilstrekkelig omfattende. Sykepleieren stilte seg også kritisk til hvorvidt den doble og nære relasjonen mellom avdelingsleders kartleggingsansvar av brukerens behov og samtidig ansvar for administrering av tilgjengelige ressurser i arbeidslaget, kunne føre til at enkelte behovsområder ble underregistrert, når arbeidslaget ikke hadde ressurser til å dekke behovene. Ville for eksempel en person som hadde behov for hjelp til matlaging og spising få tilstrekkelige tjenester til å ivareta behovet for nok mat til rett tid og etter eget ønske? Og, hvordan ivaretok man spørsmål om hva som er nok tjenester? Det ble vist til forskningsstudier som har påpekt at hva som er nok kan oppleves ulikt av den eldre selv, av de pårørende og av hjelperne (Vabøs 1998).

Deltagerne erkjente at de ikke alltid brukte den skriftlige sykepleiedokumentasjonen aktivt. Ett sentralt spørsmål var følgelig hvilken betydning førstegangsregistreringen av ADL-funksjonen hadde for den faktiske hjelpen pasientene fikk i praksis? Deltagerne stilte også kritiske spørsmål rettet mot egen funksjon, og opplevelse av utilstrekkelighet, som: Hva skjer med oss, dersom vi registrerer behov vi ikke kan dekke? Får vi dårlig samvittighet, blir slitne og utbrente? Sist, men ikke minst ble det stilt spørsmål om det var forventet at primærkontaktene skulle revurdere førstegangskartleggingen av ADL-funksjonen regelmessig. Så langt, hadde avdelingsleder tatt ansvar for både førstegangsvurderingene og tertial rapportering av alle brukernes endrede ADL-funksjon. Ville kvalitetsutvikling innebære at tjenesteutøverne overtok enda flere funksjoner og ville det føre til økt arbeidsbyrde?

Ettersom gruppen også skulle være en ressursgruppe for sårstell, initierte forsker til et samarbeid med høgskolen hvor deltagerne fikk anledning til å delta som hospitanter på den ordinære undervisning for sykepleierstudenter om sår og sårbehandling. Et møte ble derfor utvidet til dagsundervisning om behandling av kroniske sår ved høgskolen.

Sykepleierens initiativ og de mange problemstillingene som ble reist i ressursgruppen skapte umiddelbart en avventende reaksjon fra de tre hjelpepleierne i gruppen.

Førstegangsvurderingen og dataregistreringen av brukers ADL-funksjon, hadde så langt tilhørt avdelingslederens ansvarsområde. Hjelpepleierne oppfattet fortsatt dette som avdelingslederens funksjon, mens sykepleieren var mer kritisk til førstegangsvurderingene. Ergoterapeutens teoretiske klargjøring av ADL-begrepet i personlige og instrumentelle ADL-funksjoner (Hulter - Åsberg 1990), var en måte gruppen kunne arbeide videre på. Et annet forslag var å definere arbeidet ut fra kliniske situasjoner. Hjelpepleierne i gruppen ønsket å legge mer vekt på det siste i fortsettelsen.

Ettersom gruppens spørsmål berørte avdelingslederens kartleggingsfunksjon, prioriterte avdelingslederen å delta også i denne gruppen i fortsettelsen (fra termin 3).

Gruppe D: Psykiatri/demens

I gruppe D ytret en av de erfarne hjelpepleierne fra oppstarten av skepsis til inndelingen av arbeidslaget i grupper. Hjelpepleieren mente gruppemøtene hver annen uke kunne føre til celledeling i arbeidslaget og redusere oversikten over alle brukerne. En annen hjelpepleier, som var i videreutdanning i psykisk helsearbeid, og sykepleieren mente det var viktig å etablere en ressursgruppe som spesielt ivaretok hjemmeboende pasienter med psykiske

lidelsers behov. Deres erfaring var at psykososiale behov ofte ble underkjent i travelheten og at hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser hadde behov for hjelp utover det fysiske. Når det gjaldt sykepleiedokumentasjonen, hadde deltagerne erfart at de tidligere tiltaksmøtene (kardexmøtene) i arbeidslaget ikke hadde fungert på lenge og det ble uttrykt usikkerhet om hvorvidt de skriftlige bruker -opplysningene nå skulle overføres til data. Alle deltagerne mente det var behov for ajourføring av hovedkortene i sykepleiedokumentasjonen, og sykepleieren foreslo at man begynte med det. I det andre gruppemøtet var ikke sykepleieren til stede, og hjelpepleieren tok da initiativet til å ta opp en pasientsituasjon hvor hun opplevde å stå fast.

I motsetning til deltagerne i gruppe A, oppfattet alle de fast ansatte i gruppe D at de var primæransvarlige for pasientene som til enhver tid var satt inn i deres kardex. Fordelingen av sykepleiedokumentasjonen i kardexene ble vanligvis gjort av avdelingslederen etter førstegangsbesøk. Sykepleieren hadde 11 brukere i sin kardex, mens en av hjelpepleierne hadde 9.

Etter den nye organiseringen i ressursgrupper, ønsket avdelingsleder at gruppelederne skulle ha et sykepleiefaglig ansvar. Dette innebar blant annet at sykepleieren i gruppe D, som var gruppeleder, skulle ha oversikt over alle brukerne i gruppen (ca 25-30 pasienter). Gruppelederfunksjonen var ny og utfordret relasjonene i gruppen, fra en situasjon hvor alle oppfattet at de var primærkontakter og dermed like, til en gruppeorganisering med ulike funksjoner. Sykepleieren, som hadde betydelig mindre erfaring med pasientene i hjemmesykepleien enn hjelpepleierne, fremhevet sitt faglige ansvar som sykepleier og leder i gruppen. Dette skapte en vedvarende intern konflikt i gruppesamtalene, ofte i form av affekt og meningsbrytninger.

I løpet av den første perioden valgte gruppen å ta opp aktuelle pasientsituasjoner fra hjemmesykepleien. Spontaniteten i møtene var ofte høy og diskusjonene til tider opphetet. Gruppelederposisjonen med endret ansvarsfordeling skapte misnøye mellom sykepleieren og hjelpepleierne.

Da gruppen hadde to temaer: psykiatri og demens, var det avtalt at psykiatrisk sykepleier i sonen kunne bistå deltagerne ved vurdering av hjemmeboende brukere med psykiske lidelser og situasjoner innen dette faglige området, og delta på gruppemøter etter ønske fra gruppen. Deltagerne hadde tilbud om hospitering i sonens demensenheter i samarbeid med avdelingsleder der. Ved oppsummeringen etter 3 måneder hadde ingen deltagere benyttet disse tilbudene. Gjennomgangen av aktuelle pasientsituasjoner avdekket manglende

fagkunnskap om demens. Ressursgruppens opplevelse av knapphet på tid i hjemmesykepleiepraksis gjorde det også vanskelig å planlegge og sette av nødvendig tid til å ivareta det spesifikke ansvarsområdet psykososiale behov, som tidligere var identifisert som mangelfullt ivaretatt i arbeidslaget.

Ressursgruppens oppsummerte vurdering ble lagt frem for distriktslederen av forsker og avdelingsleder. Distriktsleder understreket at tjenesteyterne var forpliktet til å følge kravene i forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, som også innebærer ivaretagelse av grunnleggende psykososiale behov:

”Vi kan ikke definere bort noe. Hvis det er slik at de (tjenesteutøverne) ikke gjør oppgavene er det en tjenesteforsømmelse” (distriktsl.samt./t 2).

Ettersom gruppens faglige fokus fordret både en styrking av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget og prioritering av viktige psykososiale tiltak, ønsket avdelingsleder også å prioritere deltagelse i denne gruppen i fortsettelsen (fra termin 3). Antagelsen var at gjennomføring av nye tiltak fordret avdelingslederens faglige støtte og tilrettelegging gjennom organisering i arbeidslaget.

Spilleregler og stillasbygging

Deltagerne i ressursgruppene ble i oppstartarbeidet invitert til å utforme interne ”spilleregler” i aksjonsforskningssamarbeidet, som avklarte deltagerens ulike funksjoner i gruppen, møtehyppighet og referatskriving. Et viktig prinsipp i deltagende forskningssamarbeid er at deltagelse i gruppen må bygge på *frivillighet*. Samtalen i ressursgruppen var derfor en ønsket og deltakerstyrt samtale, og gjerne oppmuntret av andre medarbeidere.

Deltagerne i ressursgruppene ønsket faste grupper for å bli kjent med hverandre, men var samtidig åpne for nye medarbeidere og studenter og elever ble invitert i deres praksisperioder.

I oppsummeringene understreket deltagerne i ressursgruppe A betydningen av ”de faste” deltagerne som inkluderte både kjernegruppen og aktive deltagere, og deres betydning for gjennomføring av nye tiltak i sykehjemsavdelingen. Samhandlingen mellom deltagerne i ressursgruppen og mellom tjenesteutøverne i praksis støttet gjennomføringen av tiltak som krevde felles innsats. Deltagelse i ressursgruppen økte inspirasjonen og engasjementet i tjenesteytelsen og spredningen av informasjonen fløt bedre enn før (allerede etter en termin). Tjenesteutøverne fungerte som støtte for hverandre og uten behov for stadige påminnelser i gjennomføringen. Ressursgruppens læring gjennom samhandling og den kollegiale støtten i praksisfellesskapet kan beskrives som et kollektivt *stillas*. I Vygotskij`s sosiokulturelle

læringsteori anvendes denne tankestrukturen om hvordan den kompetente andre kan støtte læringsprosesser innenfor den nærmeste utviklingssonen ved å strukturere aktiviteter verbalt og dermed bidra til utvikling av språklige redskaper (Vygotskij 2001). Inspirert av de positive erfaringene med presentering av kjente praksissituasjoner ble det i denne gruppen lagt stor vekt på artikulering av praksiserfaringer i fortsettelsen.

Gruppelederfunksjonen

Etter første oppsummering kom det frem at gruppenes sammensetting og spesielt utnevningen av gruppeleder medførte ulikhet i samarbeidsrelasjonene og valg av fokus i kvalitetsutviklingsarbeidet. Den erfarne hjelpepleieren i gruppe A utviklet en koordinerende funksjon som stimulerte alle til deltagelse på like vilkår og åpnet det interaktive lærings- og arbeidsfellesskapet. Det kommunikative mønsteret mellom de erfarne hjelpepleierne og sykepleierne med mindre erfaring ble utfordret i etableringen av aksjonsgruppene i hjemmesykepleien hvor alle var vant med å arbeide mer selvstendig enn i sykehjemsavdelingen. Sykepleiernes posisjonering som gruppeledere virket mer utfordrende for arbeidsfellesskapet i gruppe C og D. Det siste førte til en hierarkisering av samtalestrukturen og vedvarende spenninger mellom deltagerne hvor noen ble passive, mens andre åpent uttrykte uenighet. For høy grad av emosjonell spenning mellom deltagerne skapte mishag mellom deltagerne.

For å utforske hvordan gruppelederne kunne bidra til konstruktive samtale- og læringsprosesser i alle ressursgruppene, foreslo forsker i samarbeid med avdelingslederen å samle alle gruppelederne til et felles arbeidsseminar i neste aksjonssyklus for å lage nettverk mellom gruppelederne. Ved å dele erfaringene fra etableringsfasen på tvers av gruppene, utviklet gruppelederne innsikt i ulike samtaleformer som kunne støtte utviklingsarbeidet i gruppene. Målsettingen var ikke å underkjenne sterke følelser som en del av samhandlingsprosessene i gruppene, men heller å erkjenne at følelser på en fundamental måte bidrar til å gi både handlinger og tanker retning.

Avdelingsleders funksjon i ressursgruppene

Avdelingslederens betydning for fremdriften i gruppene kom særlig frem i første oppsummering, da hun kun deltok i en gruppe.

Avdelingsleder var aktiv deltager i gruppe A fra oppstart og en erfaren hjelpepleier var gruppeleder. Gruppelederens lederskap hadde en akseptert autoritet blant kollegene i sykehjemsavdelingen. For å styrke den demokratiske samtalestrukturen i gruppen valgte

avdelingslederen å ha en tilbaketrukket posisjon, etter samråd med forsker, i fremlegg av situasjoner og valg av temaer. I den faglige refleksjonen var lederen imidlertid en viktig ressurs og bidrog aktivt. Avdelingslederen deltagelse i diskusjonene gjorde også at hun deltok aktivt i prioriteringsspørsmål og støttet gjennomføring av tiltak i praksis som gruppen kom frem til i fellesskap. Avdelingslederens faglige ledelse kunne dermed legitimere utradisjonelle tiltak, som krevde endringer i arbeidslaget praksis. Avdelingslederens tilbaketrukne posisjon styrket den naturlige gruppelederposisjonen og utviklingen av demokratiske dialoger i ressursgruppen. Endringen i kommunikasjonsmønsteret åpnet også for praktiske ideer og løsningsforslag som styrket den kollektive deltagelsen i beslutningsprosessene, noe som gav bred oppslutning i gjennomføring av tiltak gjennom praksisfellesskapet. Gjennom tilstedeværelse i gruppe A støttet avdelingslederen tjenesteutøvernes bidrag både i ressursgruppen og i gjennomføring av planlagte tiltak i praksis. Positive pasientresultater som fulgte av diskusjonene i gruppen ble rapportert tilbake til gruppen og legitimerte den pasientorienterte diskursen i fortsettelsen. Ved å sett lys på pasientens ressurser og medbestemmelse, vanskelige samhandlingssituasjoner og primærkontaktfunksjonen kom deltagerne i gruppen frem til tiltak som raskt gav synlige forbedringer i interaksjonene med pasientene, og motiverte deltagerne for aktivt å ta del i utviklingen av tjenestene. Å delta i gruppe A, ble derfor tidlig oppfattet som en mulighet for endring i tjenestene.

I gruppe C og D var gruppelederen sykepleier, og avdelingsleder antok derfor fra oppstart at det ikke var nødvendig å delta som faglig leder i disse gruppene. Sykepleierne hadde imidlertid betydelig mindre erfaring enn både hjelpepleierne og noen assistenter. Spenningene i samtalene mellom sykepleieren som gruppeleder og de øvrige deltagerne i gruppe C og D var betydelige i oppstarten. I gruppe C utviklet det seg til resignasjon blant deltagerne. Deltagerne i denne gruppen mer enn i gruppe A og D, var opptatt av begrensede endringsmuligheter og handlingstvang. Samtalene i gruppe D var også preget av manglende tillit mellom sykepleieren og de øvrige deltagerne. Spenningen i denne gruppen førte enkelte ganger til sterke affektive utbrudd etter gruppemøtet.

Deltagerne i gruppe C og D refererte imidlertid diskusjonene i ressursgruppene og holdt avdelingslederen godt orientert om prosessene i gruppene. Referering av diskusjoner og forslag til tiltak som krevde prioritering av ressurser eller endringer i arbeidslaget, ble i noen tilfelle gjenstand for flere repeterende diskusjoner mellom ressursgruppens deltagere og avdelingslederen. Dette sinket fremdriften i gruppene og vanskeliggjorde gjennomføring av

planlagte aktiviteter. Erfaringen var at deltagerne ventet på godkjenning fra avdelingslederen. Med fare for misforståelser og kommunikasjonsbarrierer mellom ressursgruppene og avdelingsleder og unødige hindringer i gruppenes handlingsrom, valgte avdelingsleder å delta i alle gruppene fra termin 3.

Utfordringen i det videre forskningssamarbeidet var å skape et kommunikativt mønster og handlingsrom som styrket felles deltagelse og interaktive dialoger i alle gruppene, og ikke videreføre det hierarkiske kommunikasjonsmønsteret som var identifisert i forarbeidet mellom avdelingslederen og tjenesteutøverne, til gruppene. Målet var å styrke primærkontaktens ansvarlighet i tjenesteutøvelsen og støtte den kollektive refleksjonen og ikke kun overføre informasjon direkte til gruppe-/avdelingslederen.

Det intersubjektive handlingsrommet

Oppstarten i aksjonsgruppene synliggjorde betydningen av det intersubjektive samspillet i gruppene for gruppenes fokus og aktiviteter.

Mens samtalerne i gruppe A i det vesentligste hadde et pasientorientert fokus, var samtalerne i gruppe C i større grad systemkritiske i begynnelsen. I den pasientorienterte diskursen tok erfarne hjelpepleiere initiativet i samtalerne, mens sykepleierne i gruppe C og D i større grad initierte et mer systemkritisk fokus. I gruppe D var hjelpepleierens fokus også pasientorientert, men samtalerne var preget av interne spenninger og opplevelse av travelhet i arbeidslaget som begrensende betingelse for handling. Deltagerne i denne gruppen planla også kompetanserettede aktiviteter som de ikke gjennomførte som for eksempel hospitering på en annen avdeling.

Selv om alle deltagerne i gruppe C og D beskrev sin funksjon som primæransvarlige, var deres opplevde handlingsrom, uttrykt som andelen av tid, som kan brukes til oppgaver etter eget valg, begrenset. Begrepet *handlingsrommet* innføres for å betegne de spesifikke fullmakter tjenesteyterne faktisk har, eller oppfattet å ha (Strand 2001). Handlingsrommet bestemmes både av det formelle mandatet som helsearbeideren har i kraft av sin utdanning og kompetanse og det mer uformelle mandatet den enkelte opparbeider seg i arbeidsfellesskapet. Strand (2001, s. 124) legger til det såkalte indifferensområdet, som er det feltet hvor ingen andre påstår at de har myndighet.

Deltagerne vurderte egen frihet til å påvirke handlingsrommet og aktive innflytelse på arbeidstidsfordelingen som svært begrenset i oppstarten. De la imidlertid vekt på avdelingslederens betydning i endring av handlingsrommet, mens begrensende forhold for

handlingsrommet i egen praksis var hva deltagerne antok andre kolleger mente burde være god praksis, tidligere omtalt som kollektive normer.

Endringer i samhandlings- og møtestrukturen mellom arbeidslaget og sonen

Arbeidsformen med samhandlende grupper kom raskt i gang i termin 2 etter den første oppsummeringen fra forarbeidet og dialogkonferansen i arbeidslaget. Med etableringen av tverrfaglige grupper i arbeidslaget ble samhandlingsmønsteret mellom arbeidslaget og tverrfaglige medarbeider i sonen tettere. Samarbeidet var imidlertid avgrenset til forsknings- og kvalitetsutviklingssamarbeidet i kun ett arbeidslag, og møtestrukturen i sonen³² ble derfor ikke endret.

Arbeidslagets ukentlige kardexmøter ble erstattet med gruppemøter en time hver annen uke i hver ressursgruppe. Sett fra den enkelte tjenesteutøver ble møtetiden altså ikke økt med ressursgruppene, men fokus ble mer avgrenset. Sett fra avdelingslederen som etter første oppsummering valgte å delta i alle ressursgruppene, økte møtehyppigheten.

Avdelingslederens erfaring allerede etter første halvårsoppsummering var imidlertid at ressursgruppene fungerte som en viktig samhandlings- og planleggingsarena som styrket tjenesteutøvelsen og reduserte behovet for kontroll fra arbeidslagslederen. Avdelingslederens ansvar for førstegangsvurderingene og vedtak fortsatte som tidligere for å ivareta likhet i kartleggingen. Fra termin 3 deltok i tillegg sonens fysioterapeut i kartleggingen under hjemmebesøkene og styrket dermed den direkte tverrfaglige vurderingen av alle pasientene.

6.4 Deltagelsesnivåer i ressursgruppene

Det er tidligere redegjort for at lærings- og endringsprosesser i praksis fordrer deltagelse (kap 3.3) (Wenger, McDermott og Snyder 2002). Ettersom deltagerne i ressursgruppene arbeidet i turnus og alle gruppene har vært åpne, er det interessant å vurdere hvordan deltagelsen har variert sett over tid.

Noen tjenesteutøvere har deltatt både i en ressursgruppen og en arbeidsgruppe. Analysen av deltakelsen i gruppene i felt 1 omfatter 6 ressursgrupper og 4 arbeidsgrupper, men fremstillingen her tar utgangspunkt i ressursgruppe A. Gruppe A's ansvarsområde var rettet mot pleie- og omsorgstjeneste til 13-14 beboere i sykehjemsavdelingen. Begrunnelsen for

³² Sonen bestod av 2 arbeidslag, en rehabiliteringsavdeling, en avdeling for personer med demens og to dagsentre.

avgrensingen av fremstillingen til en gruppe er for å gi en detaljert og systematisert beskrivelse av deltakelsen i gruppene over tid.

Deltagere i ressursgruppe A

Ressursgruppe A ”avdelingen” ble etablert i termin 2 og hadde 8 deltagere i den første halvårsterminen. Antallet deltagere i gruppen har variert fra 8 – 17 pr halvårstermin (se tab. 11). Variasjonene skyldes at nye medarbeidere og studenter/elever ofte hadde den første opplæringen i sykehjemsavdelingen. I løpet av forskningssamarbeidet fra termin 2-8 har 27 personer inklusive forsker vært deltagere i gruppen. Fordelt etter yrkesgrupper har 1 avdelingsleder (geriatrisk spesialsykepleier), 7 hjelpepleiere, 7 assistenter, 5 sykepleierstudenter og 4 hjelpepleierelever deltatt i ressursgruppen. I tillegg har to sykepleiere vært med etter de ble ansatt i arbeidslaget fra termin 6.

Tabell 11: Deltagere i gruppe A fordelt etter yrkesgrupper pr halvårsterminer

DELTAGERE/ HALVÅRSTERMINER	2	3	4	5	6	7	8
Avdelingsleder (ger.spes.spl)	1	1	1	1	1	1	1
Sykepleiere	0	0	0	0	2	2	1
Hjelpepleiere/omsorgsarbeidere	1	3	2	4	4	3	4
Assistent	5	5	3	3	3	4	4
Studenter/elever	0	1	1	2	4	6	1
Forsker	1	1	1	1	1	1	1
Totalt	8	11	8	11	15	17	12

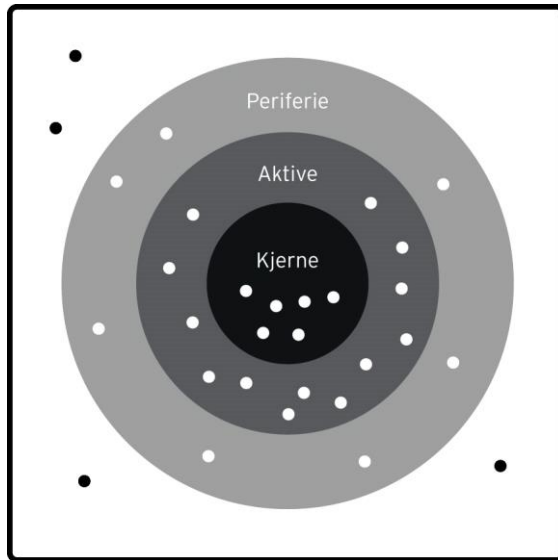
I løpet av forskningsperioden har i tillegg flere medarbeidere deltatt sporadisk i forhold til bestemte oppgaver. I samarbeid med en av assistentene i ressursgruppen tilpasset fysioterapeuten i sonen et enkelt treningsprogram med musikk som kunne anvendes i fellesstuen for beboerne som ønsket det. Miljøterapeuten i dagsenteret bistod med assistanse og enkle hjelpemidler til sosiale fellesaktiviteter før påske. Tre hjelpepleiere fra de øvrige gruppene har i tillegg hjulpet til som frivillige med gjennomføringen av ressursgruppens felles tiltak som loppemarked og oppussing i avdelingen, ved tilstelninger for pasienter og pårørende, turer ut i omegn og en feriereise med beboere fra sykehjemsavdelingen.

Ansatte i kun helgevakter og nattvaktene deltok ikke i gruppen av praktiske grunner, da gruppens faste møter var på hverdager dagtid. En assistent gjennomførte deltidsutdanning som hjelpepleier underveis og avdelingsleder gjennomførte videreutdanning i aldring og eldreomsorg.

Sett over alle semestrene har tjenesteutøvernes deltagelse på grunn av gruppenes åpenhet og turnover i personalgruppen variert mye. Kontrollert etter arbeidslister har det ikke vært systematisk frafall i gruppen.

Deltagelsesnivåer i gruppe A

Deltagelse i gruppe A sett over tid er illustrert i nivåer fra kjerne deltagere til sporadiske deltagere som har vært invitert til enkelt møter og aktiviteter (fig 8).



Figur 8: Deltagelsesnivåer gruppe A

(bearbejdet etter Wenger, McDermott og Snyder 2002)

Deltagelsesnivåene i ressursgruppe A kjennetegnes av en liten kjernegruppe (6) bestående av avdelingsleder, en erfaren hjelpepleier, tre assistenter og forsker som har deltatt i alle terminene. Sammen med gruppelederen (hjelpepleier) har *kjernedeltagerne* ivarettatt kontinuitet, koordineringen i gruppen og informasjonsflyten til de aktive deltagere. De *aktive deltagere* (13) har møtt regelmessig i kortere eller lengre perioder i ressursgruppen. Andre deltagere har møtt mer sporadisk på grunn av liten stillingsbrøk og turnusarbeid og hatt en *perifer deltagelse* (7) i ressursgruppen. Nye medarbeidere har ofte hatt en tilbaketrukket posisjon i begynnelsen, før de gradvis ble aktive deltagere. Sykepleierne som kom inn i ressursgruppen fra 6. termin og sykepleierstudenter som deltok i kortere perioder, hadde en perifer posisjon i gruppen. I tillegg til disse tre deltagernivåene, var tverrfaglig personale utenfor arbeidslaget og medarbeidere fra andre ressursgrupper *sporadisk* trukket inn gruppen i forhold til enkelte oppgaver og situasjoner. Sporadisk deltagelse markerer at medarbeiderne ikke var regnet som deltagere i ressursgruppen.

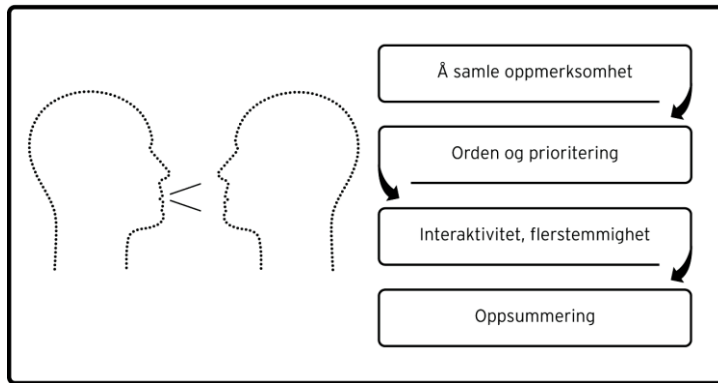
Sammenlignet med gruppe A varierte stabiliteten i kjernedeltagelsen i de øvrige ressursgruppene. Gruppe E hadde en svært stabil kjernegruppe og kun 1 sporadisk deltager som var under opplæring. Dette kan tilskrives at hjemmehjelperne ikke arbeidet i turnus og at gruppemøtet ble tilrettelagt i forhold til hjemmebesøkene. Ressursgruppe B og D har på grunn av sykdom og permisjoner i personalet hatt minst stabil gruppesammensetning. Gruppe F som ble etablert i siste del av forskningssamarbeidet hadde flest deltidsansatte. Gruppe C kjennetegnes av færre deltagere i kjernegruppen enn i gruppe A, mens det var flere aktive tverrfaglige deltagere sett over tid.

Variasjonene i deltagerstrukturene i ressursgruppene synliggjør både ressursene og viktige aspekter som virket hindrende i kvalitetsutviklingsarbeidet. Manglende stabilitet var en viktig hindring, mens selv få kjernedeltagere klarte å ivareta kontinuiteten og informasjonsflyten mellom deltagerne i ressursgruppene.

6.5 Utvikling av lærende samtalestrukturer i ressursgruppene

Betydningen av lærende samtalestrukturer i ressursgruppene har grunnlag i forståelsen av begrepet om den nærmeste utviklingszone, hvor interaksjonen med en mer kompetent annen står sentralt (Vygotskij 2001). Ett hovedpoeng i denne sosiokulturelle tenkningen er at læring skjer gjennom samhandling, mediert av kulturelle redskaper som språk og samtalegenre, og at læringen kommer til uttrykk ved at personen gradvis blir en mer aktiv part i samhandlingen. Analysen av samtalestrukturene er basert på alle gruppene.

Selv om ressursgruppenes ansvarsområder var ulike og deltakernivåene varierte, viste analysene av samtalemønsteret en grunnleggende modell som fremmet læringsprosesser og utvikling i tjenesteutøvelsen. Grunntrekkene må ikke forstås som rigide, arbeidsprosessene var preget av dynamikken mellom deltagerne. Den lærende samtalestrukturen skisseres i fire trinn, hvor hvert trinn bygget på det foregående (fig 9).



Figur 9: Lærende samtalestruktur

Å samle oppmerksomhet

De første minuttene var uformelle, spontane og ofte preget av situasjonene deltagerne hadde vært i de siste timene på dagen. Oppmerksomhet var retrospektiv og kunne romme kommentarer som viste tilbake til tidligere diskusjoner i gruppen og hvordan dette hadde ført til positive endringer for enkeltpasienter. Positive erfaringer etter gjennomføring av felles tiltak man sjelden eller aldri fikk til tidligere, ble også referert innledningsvis. I ett gruppemøte like etter nyttår fortalte gruppelederen:

”12 av 13 beboere i sykehjemsavdelingen var tilstede på nyttårsfeiringen. Det var nydelige snitter, sang og musikk. Det er første gang det er en slik tilstelning, så vidt jeg vet.” (Feltnotat/t5/hj.pl/gr A).

Noen deltagere uttrykte ofte slitenhet og kom i siste liten til møtet, mens andre var forberedt til samtalen. Det ble gitt uttrykk for at arbeidssituasjonen ”ute” og ”inne” var svært forskjellige:

*”Inne kan vi gå ifra, og se til beboeren senere. Ute må en gjøre seg ferdig når en er der. De vi gikk hos før med bare tilsyn, skal nå nesten ha hjelp til mating”
(feltnotat/t2/erfaren hjelpepleier).*

Poenget i de første minuttene var å skape et felles rom for alle i møtet. Ved å ha fast møtetid og en forutsigbar møtestruktur, fikk ressursgruppene en tydelig plass i arbeidsrytmen i arbeidslaget. Deltagere i redusert stillingsandel kunne følge med på samtalenes innhold gjennom referat og gruppelederne sørget etter hvert for å sjekke ut på forhånd om det var saker man ønsket å ta opp i gruppen.

Orden og prioritering

Etter de første uformelle minuttene ordnet gruppelederen samtalen og inkluderte alle med en oversikt over deltagerne og eventuelt en presentasjon av nye deltagere. Gruppelederen refererte oppfølging av tiltak fra tidligere møte og inviterte deltagerne til å presentere problemstillinger de ønsket å ta opp. Den interaktive samtalen begynte ofte med en runde rundt bordet, hvor alle tok ordet etter tur. Erfaringen var at når ordet kom til den enkelte økte deltagelsen i samtalen i større grad enn om ordet innledningsvis var fritt:

”Gruppeleder begynner med runden rundt bordet. Avdelingsleder sitter nærmest og innleder med en skarp kritikk. Hun har vært på vakt i helgen og oppdaget at flere pasienter i sykehjemsavdelingen har liggesår. ”Det er for sløvt – innlagte på sykehjem – skal det ikke bli trykksår”, sier hun. Jeg er nestemann og spør om gruppen vil diskutere trykksår ved å ta opp en pasient som har dette problemet: ”kanskje vi kan ta utgangspunkt i en beboer, som har dette problemet – så kan vi se på generelle tiltak ut i fra det?”. Anne og Anniken sitter nærmest meg. De er begge opptatte av to nye beboere i avdelingen, som har utviklet trykksår. Anne nevner en kvinnelig beboer: ”hun har sår på hælen – kom inn for 14 dager siden – var på størrelse med en negl”.

Gruppeleder følger opp tråden fra de foregående og nevner i tillegg at Agnete, som ikke er på møtet i dag, gjerne ville ta opp rydding på tøyrommet. Ansvarlig sykepleier er den siste på runden rundt bordet i dag. Hun har ingen saker hun ønsker å ta opp. Gruppelederen gir ordet videre til Anne som fortsetter med presentasjonen av situasjonen hun først nevnte (en beboer som har utviklet trykksår).” (feltnotat/gruppe A³³/t 6).

Samtalens orden og prioritering i gruppemøtet fordret at gruppens leder og deltagerne tok seg tid i den innledende runden og lyttet til hverandre slik at den enkelte fikk rom til å komme med sitt. Valg av tema og disponering av tiden ble gjort i fellesskap, gjerne etter flere runder og forhandlinger mellom hjelpepleierne, sykepleier og avdelingsleder.

Mens noen raskt tok ordet, hendte det at andre bare lekket ut et lite signal for å teste om gruppen var villig til virkelig å lytte og ta del i det han/hun var opptatt av. For noen var det vanskelig å ta imot invitasjonen til samtale. I stedet for å gi til kjenne hva hun/han var opptatt av, lukket man igjen. Dette ble gjort på flere måter. Gjennom å bagatellisere ved kun å nevne ting av mindre betydning, eller ved å være avvisende enten passivt eller aktivt. Min funksjon var særlig ved oppstarten av ressursgruppene i termin 2 og 3 å støtte gruppelederen og bidra til at alle deltagerne kunne komme frem med sine eksempler og spørsmål. Jeg stilte undrende spørsmål slik at gruppen selv prioriterte hvilke temaer de mente var aktuelle å ta opp akkurat

³³ Fiktive navn. Fornavn med A for assistent

den dagen. Erfaringen var at gruppens samtaler ble opplevde som mest lærerike, når det var en viss struktur i samtalen og man var blitt enige om temaet:

”Vi hadde gruppemøte i går da du ikke kunne komme, men det ble bare til at vi satt og pratet om det vanlige. Vi er slitne på slutten av dagen, så da ble det bare prating”(uformell samt/avd.leder/t 3).

Samtalene i ressursgruppene var en spesiell form for dialog, en dialog der man ble synlige for hverandre som personer. De innledende rundene i samtalen fordret en sensitivitet fra deltagerens side og respekt for de andres integritet og forskjellighet fra en selv.

I gruppe A var etter hvert mange deltagere forberedt til gruppesamtalene og snakket sammen på forhånd om hva de ville ta opp. Gruppens tema kunne også vedvare over flere møter. I gruppe C og D, med flere tverrfaglige deltagere, ønsket de ofte å ta opp flere aktuelle situasjoner i samme møte.

Interaktivitet og flerstemmighet

Samtalene engasjerte ofte mange deltagere, men var gjerne fokusert om en situasjon. Andre ganger var samtalen mer fragmentarisk og progresjonen kunne noen ganger være vanskelig å følge. Motstridende perspektiver og deltagerens ulike grad av kjenneskap til temaet, gjorde både deltagelse i samtalene og analysene utfordrende. Utviklingsarbeidets muligheter bestod på den andre siden nettopp i den ressurs de mange ulike stemmer og perspektiver deltagerne i gruppene kunne representere. Gruppens potensiale var flerstemmigheten.

Prosessfunksjon bestod i denne fasen i å holde fokus rettet mot den saken gruppen hadde valgt å prioritere, og la temaet bli uttømt. Deltagerens erfaringer fra andre møtestrukturer var ellers preget av korte rapporter og ofte enstavelserord. Jeg oppfordret og støttet deltagerne i ressursgruppene til å snakke en om gangen og så utfyllende som mulig om det temaet gruppen valgte å ta opp. Når en deltager på denne måten kom i fokus i gruppen, innebar det samtidig at de øvrige deltagerne lyttet aktivt og gav respons ved å støtte fremstillingen med konkretiserende kommentarer eller undrende spørsmål til utdyping. Begrunnelsen for å stimulere til interaktivitet bygger på et konstruktivistisk læringssyn, der kunnskap ikke overføres, men skapes gjennom samhandling i en kontekst (Dysthe 2001). I pleie- og omsorgstjenestens som kontekst var deltagerne i ressursgruppene involvert i et praksisfellesskap og samtalene i gruppen var orientert mot pasientsituasjoner og organiseringen av praktiske oppgaver rettet mot forbedring av tjenestene.

De interaktive prosessene i de samhandlende gruppene var kjennetegnet av gjensidige utviklingsprosesser der praksisfellesskap og deltagelse gikk lenger enn kun sosialisering til eksisterende praksis. Deltagelsen dreide seg om å sikre kvalitet i tjenestene, utfordre alternative handlingsvalg og skape nye faglige forståelser som kunne føre det kollektive arbeidsfellesskapet videre. Samtalene og læringen handlet slik sett mer om å produsere kunnskap, enn læring som kulturell reproduksjon. Flerstemmighet i samtalene og refleksjonen åpnet også for bearbeidelse av faglig etiske spørsmål og for bearbeidelse av følelsesmessige reaksjoner.

”En hjelpepleier hadde vært på hjemmebesøk sammen med ergoterapeuten hos en minoritetsetnisk familie. De ble tilbudt mat og måtte bruke tolk. Hjelpepleieren beskrev situasjonen som fremmed, og vanskelig. ”Det var godt at du (ergoterapeuten) var med, jeg har tenkt mye på det etterpå”, sa hjelpepleieren” (feltnotat/gr C/t 6)

Ergoterapeuten hadde opplevd situasjonen som spennende, men ikke kjent seg utrygg. Ved å reflektere sammen med gruppen og beskrive denne situasjonen fikk hjelpepleieren støtte for at det var særlig bruk av tolk som hadde gjort situasjonen fremmed. Selv om det er uvanlig å ta tid til å spise sammen med pasienten i dagens hjemmesykepleiepraksis, legitimerte både arbeidslagslederen og ergoterapeuten dette i denne situasjonen.

Ressursgruppens oppsummeringer

Ressursgruppedeltagernes perspektiv var i det vesentligste tjenesteorientert og fremtidsrettet. Samtalene kunne være preget av mange ulike røster. Oppsummeringene underveis og avslutningsvis i hver samtale hadde derfor en betydningsfull funksjon. Underveis i samtalene var oppsummeringer nødvendige når svært mange deltok med ulike innspill, ikke nødvendigvis for å komme til en enighet, men for å kommunisere ulike syn i tilknytning til situasjonen. Poenget med disse oppsummeringene var å skape et kommunikativt rom i utviklingsarbeidet preget av gjensidig respekt for ulike argumenter uten å stenge av kommunikasjonen i affekt (Habermas 1999). Bruk av oppsummeringer for å kommunisere ulike syn underveis i samtalen ble særlig viktig i gruppe D, der deltagerne opplevde de emosjonelle affekt utbruddene som hemmende på læringsprosessene.

I den avsluttende oppsummeringen i hvert gruppemøte ble fokus igjen rettet tilbake til primærkontakten hvis det var utgangspunktet. Primærkontakten var ansvarlig for den daglige kontakten med sine primærpasienter, koordinering av informasjon til kolleger og ajourføring av sykepleiedokumentasjonen. Etersom primærkontakten i prinsippet måtte forholde seg til løsningsforslagene og råd fra medarbeiderne, var ett viktig spørsmål hvordan

primærkontakten forstod situasjonen etter samtalen, og hvorvidt hun/han kunne se situasjonen i et nytt lys. Oppsummeringene avslørte både at primærkontakten kunne forkaste løsningsforslagene, holde fast ved egen tolkning av situasjonen eller resonere videre med bakgrunn i de løsningsforslagene som var blitt fremmet i gruppen. Oppsummeringene kunne også fungere som en viktig korrigerende:

”Jeg trodde vi var blitt enige om noe helt annet” (fysioterapeut om avdelingsleders oppsummering/feltnotat/ t 7)

I gruppesamtaler med et systemorientert innholdsperspektiv rettet mot arbeidsformene, eller dokumentasjonssystemet fungerte oppsummeringen gjerne som en felles påminnelse om hva man var kommet frem til i fellesskapet. Oppsummeringen la vesentlig vekt på plassering av ansvar og eventuelt på videre oppfølgende oppgaver i praksis.

I tillegg til ressursgruppens oppsummeringer i samtalene i hvert gruppemøte, gjennomførte alle gruppene systematiske halvårsoppsummeringer med evaluering av erfaringer, som grunnlag for videre planer og definering av delmål. Ressursgruppene delte også sine erfaringer på tvers av gruppene ved årlige dialogseminarer, som beskrevet i kapittel 6.1.

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg lagt vekt på hvordan forskningsarbeidets kommunikative strukturer ble tilpasset og utviklet innenfor pleie- og omsorgsdistriktets strukturelle organisasjon og hvordan aksjonsgruppene ble etablert i et arbeidslag. Deltagerne gav gruppene betegnelsen ressursgrupper og navn etter gruppenes ansvarsområder. Deltagelsen i gruppene varierte og er beskrevet i dette kapitlet ved hjelp av ulike deltagelsesnivåer, fra kjernedeltagere til sporadiske deltagere. I neste kapittel vil jeg utdype ressursgruppens arbeid og sette fokus på arbeids- og læringsprosessene i gruppene.

KAPITTEL 7 INTERAKTIVE OG TRANSFORMATIVE LÆRINGSPROSESSER I ARBEIDSFELLESKAPET

I dette kapitlet videreføres og utdypes dimensjoner ved de interaktive arbeids- og læringsprosessene som ble presenteret i kapittel 6 og 7. Fokus er rettet mot hvordan disse prosessene bidro i tjeneste- og kunnskapsutviklingen i arbeidslaget (felt 1). Dimensjonene som beskrives og diskuteres er:

- vising og iakttagelse
- presentering og reflekterende dialoger
- felles planlegging og aktiv prøving
- kritisk vurdering av arbeidsformene

En oversikt over læringsforløpet og de interaktive dimensjonene fremstilles først samlet og deretter separat med eksempler. Muligheter og begrensninger i de interaktive og transformativ prosessene drøftes underveis og til slutt.

7.1 Lærende praksisfellesskap i arbeidslaget (felt 1)

I de første terminene (t 1- 4) var forskningssamarbeidet i stor grad innrettet mot tjenestene i arbeidslaget. I overensstemmelse med kommunale mål for virksomheten ble tverrfaglig samarbeid i ressursgruppene prioritert, primærkontaktsystemet styrket og deltagerne i gruppene delte sine erfaringer i en interaktiv læringsprosess. Kunnskapsutviklingen hadde utgangspunkt i konkrete erfaringer som motiverte deltagerne til konkrete kvalitetsforbedringer i pleie- og omsorgstjenestene. Gjennom systematisk planlegging ble det lagt til rette for en så bred deltagelse som mulig i arbeidslaget. Endringer i pasientgruppene og utvikling av kunnskap i ressursgruppene skapte imidlertid gradvis grunnlag for problemløsning utover arbeidslagets ressurser. Deltagerne stilte også kritiske spørsmål ved arbeidsformene og styrket samarbeidet med tverrfaglige medarbeidere.

I den senere perioden (t 5 – 8) var også praktiske situasjoner utgangspunktet for gruppenes arbeid og medarbeiderne fungerte som ressurser for hverandre. Det ble også stilt kritiske spørsmål ved arbeidsformene i arbeidslaget og samarbeidet i organisasjonen som helhet. Tjenesteutøverne brukte egne erfaringer og argumenterte for eget syn og gav til kjenne hva de bygget sine vurderinger på. Læringen i ressursgruppene og i arbeidsgruppene bygger slik sett

på en fri kommunikatív prosess der deltagerne har høy grad av medbestemmelse (Habermas 1999a; 1999b).

Grunnlaget i dette lærende praksisfellesskapet var demokratiske dialoger (Habermas 1999) preget av erfaringsutveksling, aktiv deltagelse og støtte fra kollegene der både nye og mer erfarne tjenesteutøverne kunne komme til orde, og sammen finne frem til aktuelle problemstillinger. Transformasjonsprosessene i kvalitetsutviklingsarbeidet gikk lenger enn Habermas krav om kommunikatív validitet (Habermas 1999). Kunnskapsdannelsen i hver ressursgruppe og mellom ressursgruppene i arbeidslaget inkluderte forhandlinger, motsetninger og vedvarende diskusjoner av forholdet mellom ytre rammefaktorer (politiske og administrative beslutninger på kommunalt og nasjonalt nivå) og interne tilpasninger av pasientenes individuelle behov og arbeidslagets aktuelle ressurser (ressurser på dag/kveld og helger etter turnus).

Den praktiske her-og-nå situasjonen og løsning av umiddelbare problemstillinger skapte grunnlag for refleksjon og utforskning av alternative tjenesteutviklingstiltak. Tjenesteutøvernes utforskning av praksisnære situasjoner og handlinger knyttet deltagerne sammen i et lærende praksisfellesskap. De interaktive læringsprosessene inneholdt ulike former av erfaringsdeling fra tjenesteutøvelsen gjennom nonverbal og verbal kommunikasjon og meningsskaping gjennom deltakende refleksjon og planlegging. Refleksjonen kunne innebære å kaste nytt lys over noe som ellers var kjent i hverdagen, gjennom grundige beskrivelser og overveielser hvor deltagerne bygget på hverandres erfaringer og kunnskap. Dette førte til en intersubjektiv kunnskapsspredning generert gjennom tjenesteutøvernes aktive engasjement, deling av erfaringer og situerte kunnskapsformer (se tabell 12).

Fremstillingen av hvordan dette lærende praksisfellesskapet bidro i tjeneste- og kunnskapsutviklingen i arbeidslaget tar utgangspunkt i de tradisjonelle arbeidsformene i sykehjemmet og hjemmesykepleien der de kjente *viste* nye tilrette i arbeidslaget. Denne grunnleggende mesterlærestrukturen videreutvikles i ressursgruppene gjennom systematisk *presentering* av kjente praksissituasjoner og deling av erfaringer (se tabell 12). Reflekterende dialoger og systematiske halvårsoppsummeringer gav videre grunnlag for *felles planlegging og aktiv prøving* av individualiserte tiltak og systematisk fremdrift i kvalitetsutviklingen av tjenestene i arbeidslaget, som styrket personalets kompetanseutvikling. Kapitlet konkretiserer hvordan tjenesteutøverne i arbeidslaget sammen med tverrfaglige medarbeidere i sonen *kritisk vurderte arbeidsformene* for å implementere målsettingen i Kvalitetsforskriften.

Tabell 12: Læringsdimensjoner og resultater (felt 1)

Læringsdimensjoner	<p>Vising og iakttakelse</p> <p>Introduksjon til arbeidsfellesskapet</p> <p>Å gå sammen</p> <p>Se, lytte og være oppmerksom</p> <p>Kroppslig og verbal instruksjon</p> <p>Å legge merke til eldres interesser</p> <p>Mesterlære</p>	<p>Presentering og reflekterende dialoger</p> <p>Situasjonsbeskrivelser og deling av erfaringer</p> <p>Selvrefleksjon og reflekterende dialoger</p> <p>Desentrert mesterlære</p>	<p>Felles planlegging og aktiv prøving</p> <p>Oppsummert erfaring fra reflekterende dialoger, utvikling av delmål, innsatsområder:</p> <p>Halvårsplanlegging /seminarer</p> <p>Aktiv utprøving av felles planer</p> <p>Fremtidsrettet handlings- og løsningsorientering</p>	<p>Kritisk vurdering av arbeidsformene</p> <p>Kritisk refleksjon i forhold til pasient - hjelper relasjonen, en – alle pasienter samt arbeidsrytmen og tradisjonene</p> <p>Faglig refleksjon og argumentasjon</p>
Transformative prosesser/ resultater	<p>Praktisk handlingskunnskap</p> <p>Kollektive handlingsnormer</p> <p>Trygghet og sikkerhet i handling</p>	<p>Styrket forståelse for sammenheng mellom pasientens fortid - nåtid og tanke om fremtid;</p> <p>Situert kunnskap</p> <p>Primæransvar og praksisfellesskap</p>	<p>Individualisert pasient kunnskap og styrket kollektivt ansvar for gjennomføring av viktige tiltak for den enkelte pasient.</p> <p>Organiserings-/strukturell kompetanse og endring gjennom samhandling</p>	<p>Faglig forsvarlig og omsorgsfull praksis</p> <p>Myndiggjørende ansvar i tjenesteutøvelsen og frigjørende kompetanse</p>

Oversikten over er en analytisk skisse av læringsdimensjonene i utviklingsarbeidet, der hver dimensjon har spesifikke kjennetegn, prosessene og resultater. De ulike arbeids- og læringsprosessene bygger på hverandre. Utviklingsprosessen har ingen bestemt slutt, da tjenesteutøverne og deres ledere til enhver tid må tilpasse tjenestene til den enkelte pasient og i lys av de rådende ressurser.

I de neste avsnittene beskrives hver av disse læringsdimensjonene med eksempler fra ressursgruppene og hvilke læringserfaringer deltagerne oppnådde.

7.2 Vising og iakttakelse

Læringsdimensjonene *vising og iakttakelse* dreier seg om læring gjennom deltagelse i praksis, om kunnskap i handling og om relasjonen mellom den som viser og iakttar. Begrepet *vis* kommer av det norrøne *visa* som er beslektet med *vis* i betydningen svært klok eller klarsynt

(Landrø og Wangensteen 1986). Å vise har med andre ord tilknytning til å vite.

Læringsdimensjonen har røtter i mesterlæretradisjonen, som er beskrevet i kapittel 3.3.

Viktige analyse spørsmål var hvorvidt *vising og iakttakelse* som en interaktiv læringsressurs med tilknytning til mesterlæretradisjonen også kjennetegnet prosessene i ressursgruppene sett over tid, og hvilke kvaliteter denne læringsdimensjonen hadde i ressursgruppen.

Presentasjonen har fire aspekter: introduksjonen til arbeidsfellesskapet, anvendelse av kroppslig instruksjon samt rollemodeller.

Å bli introdusert til arbeidsfellesskapet – muligheter og begrensninger

Den formelle opplæringstiden i arbeidslaget var beregnet til kun tre vakter. Vanligvis begynte nye medarbeidere i sykehjemsavdelingen før sykepleiere og hjelpepleiere arbeidet alene i hjemmesykepleien. Deretter var det antatt at den nye bad om informasjon eller hjelp i ukjente situasjoner. De kjente prøvde også å følge med i løpet av dagen i sykehjemsavdelingen ettersom de kjente arbeidsrytmen godt:

”Jeg ser når hun er der (i korridoren). Da vet jeg hun skal til fru Hansen, og da vet jeg at hun kommer til å trenge hjelp. Jeg vet det – så hun behøver ikke å spørre” (erfaren hj.pl/gr A/ t5).

Både kjente hjelpepleiere og assistenter fungerte som læremestere i opplæringstiden. Noen ble i tillegg utpekt som gode modeller i praktisk arbeid av deltagerne i ressursgruppene.

Modellene var uavhengig av yrkesgruppe. Å arbeide alene innebar at man var kjent.

Internalisering av praktiske handlingsnormer

Ved å arbeide parvis ble nye medarbeidere introdusert til arbeidsfellesskapet og de kollektive normene i arbeidslaget. I ressursgruppene gav deltagerne spontant positive tilbakemeldinger til læremesteren når de opplevde å ha lært noe praktisk i handling av en kollega:

Agnete innleder et gruppemøte med å gi positiv respons til en hjelpepleier i gruppen: ”Helene er god til å holde orden på beboernes rom. Helene har merket tannbørster på dobbeltrom og holder tøy godt atskilt slik at det blir lett å finne frem (for vikarer og i helgene med flere ukjente). Helene har også vist henne en hensiktsmessig måte å gjennomføre avkledning på: ’knappene åpnes mens beboeren sitter i stolen – da går det lett å ta av skjorta i stående. Det er viktig å vise denne teknikken for nye”, mener Agnete (feltnotat gr A5/ t 5).

Hjelpepleieren Helene var ikke av de mest erfarne. Hun fungerte imidlertid som en god rollemodell i praktisk estetisk tilrettelegging i praksis. Hennes instruksjon var uformell og gjerne uten ord, før situasjonen ble tatt opp i gruppen. Ved å verbalisere hennes estetiske handlingskunnskap fikk kunnskapen anerkjennelse blant kollegene. Sett over tid utviklet slike

eksempler kollektive handlingsnormer som f. eks: ”vi tømmer alltid søppel før vi går ut av rommet - da unngår vi ubehagelig urinlukt i sykehjemmet/hjemmet”. Gjennom artikuleringen av praktisk estetisk kunnskap erkjente deltagerne at det også var viktig å vise nye medarbeidere i sykehjemsavdelingen slike kunnskapsområder som ellers kan virke selvfølgelige og taes for gitt.

Brobyggere i utvikling av praktisk handlingskunnskap

Nye medarbeidere rapporterte i ressursgruppene at de ofte måtte spørre de kjente som var mer rutinerter for å kunne hjelpe den enkelte pasient på en god måte og for å komme inn i arbeidsrytmen. De kjente primærkontaktene fungerte da ofte som brobyggere for nye medarbeidere i tolkning av pasientens behov. En erfaren hjelpepleier eksemplifiserer brobyggingen, når hun kommenterer hvordan en kjent assistent viste henne til rette i stedet:

”Du viste meg hos han, da gikk det greit. Han var jo stiv som en stokk, men du fortalte meg underveis hvordan du hjelper ham ut av sengen” (hj.pl/gr A/ t4).

Gjennom detaljerte og ofte metaforiske beskrivelser av pleiesituasjoner, som i eksemplet over, kom det også frem at det kan være vanskelig å tolke pasientens ønsker eller signaler:

”Det gjelder å se, lytte og være oppmerksom på pasientens uttrykk – for mange beboere kan ikke uttrykke klart egne ønsker” (avdelingslederen/i gr A/ t4).

Pleierne understreket at for hver ny pasient eller ved endringer må man bli kjent med situasjonen før hun vet hvordan pleien skal tilrettelegges:

”Må arbeide meg inn hos hver pasient, vet du” (erfaren hj.pl/gr A/ t4).

Ved å artikulere detaljer i ulike pleiesituasjoner i ressursgruppen understreket deltagerne for hverandre at utvikling av kvalitet i praktisk handling dreier seg om å være oppmerksom på brukerens individualiserte behov og ønsker og la dette danne utgangspunkt for pleien. Den uformelle organiseringen “å gå to sammen” i stellsituasjoner var en måte å bøte på de stadige tilpasningene som kjente medarbeidere mestret i pasientsituasjoner.

Imitasjon og personlig skjønnsutøvelse

Rutinene i sykehjemsavdelingen og i hjemmesykepleien var i liten grad nedskrevet og i samtalene i ressursgruppene kom det ofte frem at introduksjonstiden var for kort:

”Med tre vakter opplæring, vet man så vidt hva som skal gjøres i løpet av en vakt” (ny hjelpepleier[hj.pl]/gr A/t 4).

Både sykepleiere og hjelpepleiere beskrev de første månedene som vanskelige, selv om de arbeidet vedvarende parvis i sykehjemsavdelingen. En hjelpepleier fortalte etter et halvår i avdelingen at hun fortsatt opplevde å være ny, mens avdelingslederen understreket at det hadde kommet mange nye medarbeidere etter henne, og at hun ikke ble betraktet som ny lenger i avdelingen:

"Pasientene kjenner deg nå" (avdelingsleder/ i gr A/ t5).

Hjelpepleieren utdypet bakgrunnen for hvorfor hun fortsatt opplevde å være ny i gruppesamtalen:

"Dere (kjente) ser på meg som sein. Jeg ser at de mest erfarne holder på med noe hele tiden. Jeg gjør de oppgavene som står på T-kortene og tar meg spesielt av primærpatientene mine" (hj.pl/gr A/t5).

Hjelpepleierens referanse til tempoet i eget arbeid og de erfarne kollegenes effektivitet, synliggjorde en forskjell der hun fortsatt var en perifer deltager i arbeidsfellesskapet. Noen deltagere i ressursgruppen tok opp denne tråden i samtalen og uttrykte at de hadde lagt merke til at denne "nye" hjelpepleieren satt sammen med primærpatienter. Dette ble kommentert negativt:

"Vi kan ikke gjøre det! (sette oss ned hos pasienten). Når du ikke er på vakt, kan ikke vi sette oss hos henne - så da blir det feil - det blir heller ikke rettferdig at du sitter hos dine - vi kan ikke gjøre det" (assistent [ass.]/gr A/t 5).

Hjelpepleieren argumenterte for sine handlingsvalg. Hun valgte å spise matpakken sin sammen med en av primærpatientene sine og begrunnet handlingen slik:

"Hun (pasienten) har så mye å fortelle - det gjør henne så glad å fortelle om barnebarna, så jeg setter meg der hos henne når jeg har pause. Jeg synes det er riktig. Hun er en av mine primære" (hj.pl./gr A/t 5).

Gjennom samtalen i gruppen kom det frem at den parvise opplæring i sykehjemskonteksten var et felt som innebar omfattende deler av det interaktive systemet den lærende var en del av. Dominerende kollektive arbeidsnormer med grunnlag i prinsippet om likhet kunne blant annet legge sterke begrensninger for utvikling av et personlig skjønn og virke begrensende ved tilrettelegging av individualiserte tjenester. I dette eksemplet så den kollektive arbeidsnormen ut til å være at dersom pleiegruppen ikke kunne sette seg ned sammen med pasienten, skulle heller ikke den nye medarbeideren gjøre dette. Å imitere den kollektive handlingsnormen kan i denne betydningen tolkes som begrensende. Ved å ta frem både den kollektive pliktetiske arbeidsnormen at "alle like tilfeller skal behandles likt" (Aadland 1998) og hjelpepleierens individualiserte omsorgsorientering i gruppesamtalen, ble både de åpne og mer skjulte verdiene i pleiegruppen løftet frem. Å gi rom for den nye hjelpepleierens forståelse av

pasientens situasjon og støtte den individualiserte orienteringen i ressursgruppen, gav grunnlag for konkrete spørsmål om hvordan målsettingen i Kvalitetsforskriftens § 1 om respekt for pasientens egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskriften § 1) kunne styrkes kollektivt. Situasjonen eksemplifiserer hvordan personalet vurderte ut i fra ulike synsvinkler. Diskusjonen i gruppen dreide seg på denne bakgrunnen om hvordan de øvrige medarbeiderne kunne tilpasse små stunder i hverdagen for å bli bedre kjent med sine primærpasienter. Analysene åpnet dermed et ”mulighetens rom”, i stedet for direkte maktkonfrontasjoner (Foucault 1994).

Kroppslig og verbal instruksjon

I ressursgruppenes samtaler brukte deltagerne kroppsbevegelser for å vise hvordan enkle tiltak skulle utføres og hvordan ulike hjelpemidler kunne brukes på best mulig måte i bestemte situasjoner. Medarbeiderne så på, bekreftet eller korrigerende handlingsmåten. En viktig handlingsnorm var å tilpasse bruk av hjelpemidler slik at pasienten kunne klare mest mulig selv, men samtidig med sikkerhet for å forebygge fall:

”Når du bruker dreieplaten der – er det viktig å se at han har begge beina midt på. Noen ganger er det nødvendig å låse brukerens knær med egne ben. Pass på så du ikke står på platen”. Hjelppeleieren viser med hendene mot gulvet og egne knær hvordan hun gjør det” (hj.pl/gr C /t 5).

Anvendelsen av hjelpemidler var situasjonsbestemt. I sykehjemsgruppen (gruppe A) hvor deltakerstrukturen ikke var tverrfaglig som i gruppe C, var det også ofte diskusjoner vedrørende tilpassing av hjelpemidler. Avdelingslederen mente det var viktig å vise bruk av hjelpemidler til forflytning for å unngå feilbelastninger og unødige sykemeldinger blant personalet i sykehjemsavdelingen. Avdelingslederen som var en erfaren sykepleier, kunne da innnta en instruerende holdning i samtalen:

”Vet dere hvordan dere skal bruke heisen til (navn beboer) for å få han ordentlig på plass i den store stolen?” Hun venter ikke på svar, men reiser seg og viser med hendene og kroppen hvordan pasienten skal komme inn i stolen med heisen forfra. ”Ta bort fotstøttene.” Hun viser samtidig med kroppen og hendene. ”Og legg ryggen bakover sånn. Det gir bedre plass”. Hun ser på hver og en og spør: ”Kan alle kan dette?” De fleste nikker samtykkende (feltnotat/gr A/t 5).

Avdelingslederen understreket betydningen av praktisk handlingskunnskap og tilrettelegging i samarbeid med pasienten. De minst erfarne sykepleierstudentene og hjelpepleierelevne gav uttrykk for at de var avhengig av hjelp fra mer erfarne medarbeidere som kunne vise hvordan de skulle bruke hjelpemidler i pleiesituasjoner:

"Best å være to når vi skal bruke heis" (hj.pl.e 1)

"Jeg har bare prøvd å bruke heis med en annen hjelpepleierelev en gang, så" (hj.pl.elev 2)

"Synes vi skal være to!" (spl.stud) (feltnotat gr A/ t 7).

Mens den uerfarne kviet seg for å anvende hjelpemidler, anvendte den erfarne heisløfteren som en forlenget arm. Medarbeiderne i gruppen pekte ut en erfaren hjelpepleier som mester på dette området:

"Jeg løfter ikke!! Bruker heis!! Det har jeg gjort fra vi fikk heis i -79, da fikk vi det innført på avdelingen. Så har jeg heller ikke problemer med ryggen (erfaren hj.pl/gr A/t 7).

Eksemplene over synliggjør at læring gjennom *å vise og bli vist* i gruppesamtalen kunne skape rom for selvrefleksjon og reflekterende dialoger som var av betydning for utvikling av en bedre praksis.

Pendling mellom kroppslig og verbal instruksjon

Bruken av hjelpemidler som heis eller elektrisk tannbørste kan trolig sammenlignes med hvordan den blinde bruker stokk (Polanyi 2000). Det må erfares, og læres i handling, for å bli et godt redskap. Inntil det er redskapene slik som heisen, en vanskelig innretning. Å bli vist hvordan er derfor kun det første skrittet i læringsprosessen. De aktive deltagerne i gruppe A og C uttrykte i oppsummeringsintervjuene at de hadde fått en økt forståelse for bruk av ulike tekniske hjelpemidler gjennom visningene av anvendelsene i gruppen:

"D et er helt annerledes nå. Har blitt mye flinkere til å bruke hjelpemidlene i hjemmene" (Oppsum.intervj. hj.pl./gr C/t 9).

Ved å fokusere på bruk av hjelpemidler og ulike praktiske håndgrep i ressursgruppens arbeid, utviklet den enkelte deltager et mer variert og sterkere praktisk kunnskapsreservoar.

Resultatene av denne konkrete arbeidsmåten i ressursgruppene styrket og forståelsen for og bruken av hjelpemidler tilpasset pasientens behov både i sykehjemmet og i de hjemmebaserte tjenestene.

Det nære samspeillet mellom instruerende handling og verbal instruksjon var en sentral del av de læringsressursene ressursgruppene hadde tilgang til. Pendlingen mellom praktisk visning og språklige uttrykk førte ofte kommunikasjonen videre ettersom de ulike deltagerne kunne ulike ting og hadde ulike ferdigheter. Og fordi kunnskapen er fordelt, er læringspotensialet sosialt (Dysthe 2001). Fysioterapeuten, ergoterapeuten og de mest erfarne hjelpepleierne, assistentene og avdelingsleder viste sine teknikker og bidro aktivt i diskusjonene, mens de nye

sykepleierne, sykepleierstudentene og hjelpepleierelevne hadde en mer tilbaketrukket holdning. De manglet handlingserfaring og hadde en perifer deltakerfunksjon i disse samtale. Den skiftende posisjonen fra kroppslig instruksjon og handling til språklige uttrykk styrket likevel den interaktive kunnskapsdannelsen i ressursgruppene og utvidet de kollektive handlingsnormene. Det transformativ resultatet i praksisfellesskapet som ble utviklet gjennom visning og verbalisering av praktiske handlinger i ressursgruppene gav deltagerne større sikkerhet og trygghet i konkrete handlingssituasjoner. Deltagernes handlingsorientering var slik sett både et utgangspunkt, fokus og resultat i læringsprosessen.

Å legge merke til eldres interesser og lokallhistorisk kunnskap

Erfarne hjelpepleiere og assistenter mente det var pasientene som *viste* dem (personalet) hva eldre liker å snakke om og hva personalet kunne gjøre for å skape trivsel i sykehjemsavdelingen. Å legge merke til temaene de eldre selv ønsket å snakke om var med andre ord en spesiell læringsressurs. I sykehjemmet viste også enkelte beboere pleierne hvordan de engasjerte andre beboere i uformelle samtaler:

”Ser at de koser seg når hun (en eldre beboer) forteller. Hun er så flink til å ta alle med seg. Snakker med alle. Det er virkelig noe vi kan lære av. En kveld tok hun frem et album og viste bilder fra en reise og delte sine opplevelser med oss som var der (hj.pl/gr A/t 5).

Noen deltagere fortalte at de lærte mye av pasientene om lokale skikker og steder i omegn ved å delta i de uformelle samtale med pasientene:

”I går ettermiddag ble praten livlig. Praten dreide seg om kirker og særlig om en gammel kirke som flere kjente til. Beboerne hadde mye kunnskap om den kirken og de kom på mange minner i samtalen” (hj.pl/gr A/t5).

Å se på fotografier eller personlige gjenstander sammen med pasientene ble tillagt betydelig vekt av de erfarne hjelpepleierne. Pleierne mente dette gav dem viktig kunnskap og et annet bilde av hvem den gamle skrøpelige personen en gang hadde vært. Å lære sanger den gamle var glad i, erfarte en hjelpepleier også var en god hjelp under morgenstellet når hun skulle kommunisere med en person med alvorlig demens.

. *”Det går lettere da, når jeg synger de kristne sangene hun liker” (hj.pl/gr A/t4).*

Å støtte kunnskapsutvikling gjennom positiv oppmerksomhet

Mens erfarne hjelpepleiere og assistenter gav uttrykk for at det er mye å snakke med de gamle om i de stille timene på formiddagen og ettermiddagen, så det ut til at nye medarbeidere og sykepleierne opplevde det uformelle samværet og det å ha ”stuevakt” som vanskeligere:

”bare å sitte der og tvinne..(viser med tommeltotter) på stua” (ny spl/gr A/t6)
”vi kan henge opp en liste med forslag til aktiviteter” (ny spl/gr A/t6)
”vet ikke hva jeg skal snakke om” (ny ass/gr A/t6)

En assistent begrunnet sin travelhet som årsak til lite uformell sosial kontakt: ”har ikke tid til å sitte ned (på stua)”. Sykepleiernes perifere deltagelse i sosiale situasjoner, og negative kommentarer irttesettes ikke i gruppen. Avdelingslederen uttrykte senere i samtale med forsker at hun opplevde sykepleiernes uttalelse som manglende erfaring og engasjement. Listeforslaget ble heller ikke fulgt opp verken av sykepleieren som foreslo dette, eller noen andre i gruppen. I stedet oppfordret prosessleder de øvrige deltagerne til å fortelle hva de har lært gjennom interaksjonen med primærpatientene, da positiv oppmerksomhet og forsterking ble vurdert som mer fremmende i læringsprosessen (Kaufmann og Kaufmann 1998). Slike fortolkninger, som forekom både i gruppe A (avdelingen) og gruppe C (ADL/sår) og E (hjemmehjelp) skapte en umiddelbar interesse i gruppen som styrket forståelsen for den enkelte eldres livshistorie og hvordan de kunne møte den eldres situasjonen i nåtid.

Utvikling av kunnskap i handlingsstrukturer

Kombinasjonen av forståelse av en situasjon og viten om hvordan man kan handle i ulike situasjoner, og utvikling av kunnskap i handlingsstrukturer omtales i kognitiv læringsteori som *skript* (Kaufmann og Kaufmann 1998, s. 177). Et skript består av to hovedkomponenter der den ene er knyttet til forståelsen og bruk av språket, mens den andre er knyttet til handlingen og handlingsrekkefølgen (ibid). Ved å beskrive i detalj handlinger og handlingssekvenser som inngikk i bestemte situasjoner, som for eksempel beskrevet over om samtalen om kirker under ettermiddagskaffen, og rette oppmerksomheten mot hvilken betydning den uformelle praten har for eldre, ble denne kunnskapsformen forsterket og delt mellom deltagerne i ressursgruppen på en systematisk måte. Personer i gruppen som vanligvis ikke hadde autoritet, synliggjorde sin personlige kompetanse og kunne i disse sammenhengene oppleve anerkjennelse fra kollegene. Ettersom flere beboere i sykehjemsavdelingen hadde behov for assistanse både i måltider og til forflytning, var deltagerne i gruppe A ofte opptatt av å diskutere praktiske handlingssekvenser. Ved å rette oppmerksomheten mot ”Stuevaktens” oppgaver, som blant innebar å være tilgjengelig og i ro på fellesstua, ble sammenhengene mellom den praktiske funksjon og den positive muligheten for å delta i de eldres minnearbeid (reminisens) løftet frem som en positiv læringsressurs. Interessen for de eldres livshistorier og lokalhistoriske kunnskap ble også en viktig del av ressursgruppens utvidede kunnskapsreservoar og grunnlaget for meningsfulle dialoger med

pasientene i sykehjemmet og i hjemmebaserte tjenester. Videreutvikling av sosiokulturelle kommunikasjonsferdigheter ble valgt som et felles forbedringsområde i arbeidslaget i termin 7 og 8.

I gruppe A erfarte deltagerne at lister med forslag til aktiviteter ikke ble fulgt opp uten nitidig planlegging og fordeling av ansvar. Systematisk tjenesteutvikling gjennom kunnskap-i-handlingssekvenser fordret at de to hovedkomponentene i kunnskapsbyggingen kombineres systematisk (Kaufmann og Kaufmann 1998). Læring av handlingssekvenser er slik sett svært komplisert, og inneholder mer enn kun kopiering eller imitering.

Å vise ansvar i holdning og handling

Tjenesteutøvelsen i sykehjem og hjemmebasert omsorg kjennetegnes av et fysisk krevende arbeid under tidspress. Utvikling av faglig ansvar i holdning og handling kan i denne sammenhengen defineres som en total personlig kompetanse, kjennetegnet i handling ved en empatisk og konkret forståelse av den enkelte pasient. Å vise ansvar innebærer samtidig at man evner å prioritere arbeidsoppgavene på en hensiktsmessig måte.

En erfaren hjelpepleier ble av flere deltagere omtalt som både effektiv i praktisk arbeid og en person pasientene i sykehjemsavdelingen ofte henvendte seg til når de trengte praktisk hjelp. Hjelpepleieren arbeidet selvstendig og fungerte ofte som rollemodell for nytilsatte. Hun var og tradisjonsbærer av de kollektive arbeidsnormene:

”Jeg har lært mye av Hjørdis” sier en assistent og legger samtidig til at det er jo en god tone mellom personalet hvor de prøver å hjelpe hverandre. ”Det er henne jeg har lært av – at det ikke skal ligge kladder og bleier åpent på rommene og at våte bleier taes med ut fra rommet” (feltnotat/gr A / t 5).

Å vise ansvar i handling dreide seg både om å ta ansvar i praktiske gjøremål og i utfordrende samhandlingssituasjoner. Den nevnte hjelpepleierens særegne personlige samhandlingskompetanse i vanskelige situasjoner ble fremhevet:

”Hjørdis får det til i situasjoner andre synes er ekstra vanskelige” (avdelingsleder/ i grA 3/ t 5).

Hjelpepleieren (Hjørdis) begrunnet sin tålmodighet og oppfølging av pasientene med:

”For meg er det viktig at brukeren er fornøyd til slutt. Jeg vil også gjerne vite at jeg har gjort jobben min. I noen situasjoner, spesielt i stell, kan det være at brukeren absolutt ikke vil, da gir jeg meg!” (feltnotat/hj.pl/gr A/t 5)

Hjelpepleieren viste både i holdning og handling at hennes ansvar var rettet mot pasientens tilfredshet. Bevisstheten om at hun utførte arbeidet til beste for pasienten, innebærer at ansvaret er etisk.

Å vise ansvar i handling, har også en *formell* side. Ved arbeidsfordelingen i arbeidslaget, markerte man for hver vakt, en tjenesteutøver som faglig ansvarlig. Markeringen var ett stjernetegn * i dagboken på vaktrommet. Den ansvarlige sykepleier eller hjelpepleier hadde da et overordnet ansvar for koordineringen og i sykepleiefaglige spørsmål på denne vakten. Ved fordeling av ansvaret på en vakt, mente avdelingslederen at sykepleierne skulle vise i holdning og handling at de tok hånd om de sykeste pasientene og pasienter som trengte mest hjelp, for å opparbeide en faglig tillit og trygghet hos medarbeiderne:

”Den faglige lederen må vise at hun kan gjennomføre et godt stell og ta med seg nye i ulike praktiske situasjoner. Det nytter ikke bare å si det! Sykepleierne må vise det! Må gå ute i avdelingen” (avdelingslederen i intervju/ t 7).

I ressursgruppene fremstod sykepleierne som tidligere beskrevet, ofte i en tilbaketrukket posisjon når for eksempel en deltager i gruppen skulle vise hvordan noe praktisk skulle gjøres. I intervju mente avdelingsleder at sykepleiernes passive holdning kunne mistolkes som manglende interesse for praktisk kunnskap. I oppsummerende intervju erkjente sykepleierne at de manglet noe av den praktiske kunnskapen som ”de kjente” i arbeidslaget hadde. De nye sykepleierne (1/2 -1 års erfaring) var avhengige av å bli vist både enkle pleieoppgaver som forflytning og bruk av heis for å kunne ivareta mer kompliserte sykepleiefaglige og medisinsk faglige pasientsituasjoner som terminalpleie. En sykepleier uttrykte:

”Når jeg ser at de ”kjente” kan det jeg ikke kan, overlater jeg det til dem” (feltnotat/ spl /t 6).

Faren ved en vedvarende perifer deltagelse i praktisk arbeid og i ressursgruppene, var at sykepleierne overlot viktige oppgaver til tjenesteytere med mindre kunnskap. Sett over tid, ble det avslørt i ressursgruppene at nye sykepleiere ofte manglet både grunnleggende analytiske, medisinsk faglige og praktiske ferdigheter. På den annen side arbeidet de ofte alene i hjemmesykepleien og ble raskt betraktet som arbeidsledere i sykehjemsavdelingen. Forventningene til sykepleiernes faglig arbeidsledelse og manglene i grunnleggende kunnskaper og ferdigheter, synes å være en vedvarende konflikt der nye sykepleiere så ut til å stå i et uløselig dilemma hvor forventningene til praktisk handlingskunnskap og mestring i yrkesfunksjonen i arbeidsfellesskapet ikke stod i forhold til opplæringstiltakene under og etter den formelle utdanningen. Etter oppsummering av erfaringer i termin 5 og i planleggingsseminaret for termin 6 og 7, valgte sykepleierne i arbeidslaget i samarbeid med avdelingsleder derfor å opprette en arbeidsgruppe for alle sykepleierne i arbeidslaget. Målsettingen med gruppen var å styrke samhandlingen mellom nye og mer erfarne

sykepleiere og øke innsikten i sykepleierfunksjonen i arbeidslaget. Sykepleierne valgte selv temaer for samtalene, som beskrives videre i kapittel 8.4.

Vising og iakttagelse som ressurs i lærende praksisfellesskap

Mesterlæretradisjonen inkluderer læringsaktiviteter som kan foregå overalt og alltid (Wenger 1998). I ressursgruppene viste deltagerne hverandre hvordan spesifikke handlinger skulle utføres, og fortalte hvordan de deltok i handlingsrekkefølger med tilsyn fra en kjent kollega, eller la merke til hva en medarbeider sa og gjorde. Deltagerne brukte ofte et metaforisk språk når de beskrev hvordan de la merke til kollegenes handlingsmåter og til små tegn hos pasientene, for å kunne ivareta pasientens individuelle behov og ønsker. Gjennom verbal interaksjon og konstruktiv meningsskaping gjennom språket, understøttet eller avviste deltagerne ulike handlingsalternativer og diskuterte hvordan det kunne være riktig å handle i bestemte pasientsituasjoner (handlingsetikk) og i riktig rekkefølge.

Vising og iakttagelse fremkom i studien i flere former både som en del av den praktiske opplæringen i arbeidslaget av nye medarbeidere og som en grunnleggende læringsdimensjon i ressursgruppene. De kjente medarbeiderne ivaretok tradisjonene og normene i sykehjemsavdelingen ved å demonstrere hvordan arbeidsoppgavene skulle gjennomføres og i hvilken rekkefølge – man passet på hverandre og vedlikeholdt pleiekulturen. Den parvise arbeidsformen i sykehjemsavdelingen og opplæringen i hjemmesykepleien, hadde slik sett en sterk disiplinerende effekt. I praksisfellesskapet antok man at det var den ”kjente” som kunne mest. Å *kunne* ble knyttet til handling og deltaking (Dysthe 2001). Nye medarbeidere og studenter hadde en legitim perifer deltakerfunksjon, der de ble vist til rette av mer kjente medarbeidere. Den parvise opplæringstiden i arbeidslaget ble imidlertid ofte oppfattet som for kort, og noen sykepleiere hadde en vedvarende perifer deltakerposisjon i praktisk handlingsrettede samtaler i ressursgruppene. Lederen i arbeidslaget tolket vedvarende perifer deltagelse som manglende engasjement i det praktiske arbeidsfellesskapet og manglende erfaringskunnskap. Nye sykepleiere i arbeidslaget med lite erfaring fra lignende arbeid manglet ofte praktisk handlingskunnskap og ble vist til rette av mer kjente assistenter og hjelpepleiere i arbeidslaget. Hjelpepleierne og assistentene forventet på den annen side at ansvarlig sykepleier ville vise gjennom vurdering av pasientsituasjoner at de hadde mer teoretisk kunnskap. Det var ikke alltid tilfelle. Enkelte sykepleiere manglet teoretisk kunnskap, og de vurderte det praktiske arbeidet og særlig hjemmehjelpoppgavene (tømme søppel, rydde) i hjemmesykepleien som ensformige, mens den totale arbeidskonteksten i arbeidslaget ble oppfattet som svært kompleks. Spesielt sykepleierne som i helger og på kveld

ivaretok oppgaver på tvers av arbeidslagene i sonen, uttrykte ønske om å bli vist mer til rette i sykepleiefaglige situasjoner. Dette misforholdet kunne i perioder skape et spenningsfelt mellom sykepleierne og de øvrige medarbeiderne i ressursgruppene.

Gjennom artikuleringen av konkrete handlingsforløp kom det frem at deltagerne gjennomførte enkle tiltak ulikt, og de hadde ulike ferdigheter. Dette overrasket flere deltagere. Å vise frem variasjonene utvidet handlingskunnskapen i gruppen. Det kom på den annen side også frem at å bli vist tilrette kunne oppleves som en korrigerende disiplinering i ressursgruppen. Den uformelle introduksjonen til arbeidsfellesskapet i arbeidslaget ble oppfattet som både lang og komplisert av både sykepleierne og hjelpepleierne. Faren er at i iveren for å holde frem handlingsrettet og praktisk kunnskap, kan tradisjonsoverføringen i stedet føre til en sterk grad av læring gjennom imitasjon og konformitet, som underkjenner andre viktige kunnskapsformer. Utfordringen i kvalitets – og kompetanseutviklingsarbeidet var derfor å prøve å videreføre de kollektive og tradisjonelle læringsformene i arbeidsfellesskapet i en fornyende læringsstruktur. Det første skrittet i en slik retning var å styrke praktikernes handlingsreservoar gjennom språkliggjøring av egen praksis og videre underkaste tradisjonen et kritisk og fornyende blikk (Kim 1999). Vi begynte derfor med presentering av kjente praksissituasjoner, som utdypes videre i kapittel 7.3.

I videreføringen av *vising og iakttagelse* som læringsressurs i praksisfellesskapet stod ressursgruppene også overfor utfordringer i forhold til medarbeidere som på grunn av turnusarbeid og små stillingsandeler (noen arbeidet kun 14 % stilling i helger) ikke fikk anledning til å delta aktivt i det praktiske utviklingsarbeidet i ressursgruppene. Dette utdypes videre i kapittel 7.4 om ”felles planlegging”.

7.3 Presentering og reflekterende dialoger

Presentering og reflekterende dialoger som læringsressurs dreide seg først og fremst om å legge fram en situasjon muntlig, gjerne nærværende og i presens i ressursgruppen. Gruppens funksjon i presentasjonen var først og fremst å lytte, stille oppklarende spørsmål og legge til opplysninger som kunne øke forståelsen og tolkningen av den presenterte situasjonen. For å bevare fokus i refleksjonene holdt vi derfor fast i en situasjon av gangen. I innspillene og gruppenes diskusjon brukte vi i tillegg analytiske spørsmål som: Har jeg forstått denne

pasientens situasjon? Mangler jeg vesentlige opplysninger? Vet jeg hva pasienten ønsker? Kjenner jeg de pårørendes synspunkter?

Situasjonsbeskrivelsen

Situasjonsbeskrivelsene hadde ofte en narrativ struktur med en kort innledende fortelling, innspill fra gruppen, reflekterende dialoger og ofte et løsningsorientert resultat. Formen var personlig og preget av den som presenterte ”sin” situasjon eller primærpasient. Da presentasjonen og samtalen i gruppen om situasjonen vedvarte til temaet var uttømt, hendte det at gruppene samtalte om den samme situasjonen flere ganger med ulike deltagere tilstede.

I alle ressursgruppene valgte deltagerne selv hvilken situasjon eller primærpasient hun/han vil presentere for gruppen. Det kunne være en primærpasient de fleste deltagerne i gruppen kjente godt, en ny pasient eller en aktuell situasjon som opplevdes vanskelig. Deltagerne beskrev dette som ’å gå gjennom’. I ressursgruppe A som hadde fokus rettet mot beboerne i sykehjemsavdelingen, ble de tre første terminene anvendt til systematisk å gå gjennom de kjente primærpasientene. I de øvrige ressursgruppene vekslet fokus mellom primærpasient beskrivelser og aktuelle situasjoner personalet nylig hadde opplevd, eller vanskelige og uavklarte situasjoner der deltagerne gjerne vil ha innspill fra andre i gruppen. Presentasjonene fra akutt situasjoner og uavklarte problemstillinger kunne fortsette som en ”føljetong” fra gruppemøte til gruppemøte, der deltagerne gradvis presenterte nye opplysninger og problemstillinger. Gjennom stadig nye pasient presentasjoner ble også aktuelle situasjoner tatt opp og problemstillinger sett i lys av tidligere beskrivelser. Dette gav grunnlag for lokal kunnskapskonstruksjon og etter hvert også kritisk vurdering av arbeidsformene, sist nevnte utdypes videre i kapittel 8.5. Ettersom dette kapitlet har fokus på læringsprosessene, og ikke primært på innholdet i presentasjonene vedlegges en innholdsanalyse som omfatter 19 presentasjoner i gruppe A (se vedlegg 10: Oversikt Innholdsanalyse, gruppe A). Tilsvarende aspekter fremkom også i de øvrige ressursgruppene.

Kunnskapsutvikling som mosaikk

Presentasjonene av kjente primærpasienter var som en mosaikk. Selv om flere hadde ett erfart bilde av pasientens situasjon, ble det konstruert et nytt bilde i fellesskapet med nye beskrivelser og farger. Noen pleiere manglet også viktig kunnskap om pasientene i sykehjemsavdelingens tidligere livssituasjon:

”Selv om jeg har vært primær for henne lenge, visste jeg ikke noe særlig om hennes bakgrunn og oppvekst før nå. Jeg synes det er viktig å vite når jeg skal være primærkontakt” (hj.pl/gr A/ t 6).

Ved å legge vekt på beskrivelser fra pasientens livshistorie i tillegg til informasjon fra nåtid, erfarte deltagerne i ressursgruppene at de fikk en styrket forståelse for sammenhengen mellom pasientens fortid, nåtid og tanker om fremtid, og en ny forståelse for livsløpets betydning i alderdommen. Kjennskap til pasientens resurser og betydningen av de eldres livsløp, styrket også tilretteleggingen av passende felles aktiviteter og planleggingen av sosiokulturelle tiltak i sykehjemsavdelingen. Da mange beboere i sykehjemmet var svært skrøpelige fysisk og eller hadde en alvorlig kognitiv svikt, søkte pleierne aktivt etter informasjon som kunne utfylle deres bilde fra livshistorien. Pasientenes styrke og resurser kom derfor ofte i fokus gjennom disse presenteringene, da deltagerne mente dette var viktig å vite om. En hjelpepleier fortalte hvordan hun kunne anvende slik kunnskap i morgenstellet sammen med en alvorlig dement kvinne i sykehjemsavdelingen:

”Hun hadde jo så mange søsken som hun var glad i. Jeg har etter hvert lært meg navnene og rekkefølgen i søskenflokkene. Så sier jeg de kjente navnene da under morgenstellet – for da går det bedre” (hj.pl/gr A/t 4).

Ved å gå gjennom kjente primærpasienter ble det også skapt rom for å reflektere på egen funksjon i forhold til ansvaret som primærkontakt. En av primærkontaktene i gruppe A refererte til en konkret situasjon og understreket at nettopp hun³⁴ kjente denne pasienten best, og hun brukte vanligvis pasientens fornavn:

”Jeg er glad i Ragnhild. Hun er dement. Tidligere var hun veldig nervøs og mye urolig. Nå – kjenner jeg henne. Det går bedre. Jeg sier hva jeg skal gjøre. Jeg snakker minst mulig. Hun liker å sitte foran vinduet og se ut” (erfaren hj.pl/gr A/t 4).

Med noen få ord viste den erfarne hjelpepleieren sitt følelsesmessig engasjement og sitt kjennskap til pasientens livshistorie og hvordan hun forstår pasientens situasjon. Deltagerne i ressursgruppen, som også var kjent med denne beboeren, bekreftet spontant primærkontaktens innledende presentasjon:

”ja, Ragnhild liker å sitte ved vinduet. Hun liker å sitte på stua, men når det er besøk på ettermiddagen eller flere snakker sammen der blir hun ofte urolig. Det begynner gjerne med at hun banker i bordet” (respons fra gruppen/t 4).

Innspillene fra medarbeiderne i gruppen bekreftet primærkontaktens innledende presentasjon og var utdypende ved at de spant videre på det sagte om pasientens situasjon. Gruppen tok

³⁴ I teksten anvendes ”hun” da pleiepersonalet de første tre årene bestod kun av kvinner.

samtidig opp nye problemstillinger, som stimulerte primærkontaktens (PK) og gruppens videre refleksjon og deling av erfaringer om kunnskap-i-handling:

PK: *"Når hun (eldre kvinne med alvorlig grad av demens) blir urolig i stuen - da er det best å flytte henne ut i korridoren"*

Pleier 1: *"Men, også der er det surr og stemmer"*

PK: *"Får hun være i ro på rommet med lukket dør, blir det oftest bedre – så går jeg ofte innom og tilbyr kanskje noe hun liker, f. eks en banan – for hun er glad i mat."*

Pleier 2: *"At hun bor på tosengs rom på en sykehjemsavdeling - kan være problematisk."*

PK: *"jeg tror uroen også kan være hennes tegn på at hun vil 'vanne' (late vannet), som hun selv sier. En må prøve seg frem". (erfaren hj.pl/ gr A/ t 4)*

Anerkjennelsen av primærkontaktens fremstilling og deltagerens ulike innspill skapte rom for reflekterende demokratiske dialoger i ressursgruppen, der alle deltagerne kunne sette ord på hvordan de vurderte og handlet i konkrete situasjoner. Innspill til primærkontaktens innledende presentasjon var ikke alltid bekreftende. Kommentarene kunne også være i form av forsiktige hentydninger om andre måter å handle på eller forstå situasjonen på. I gruppe A og C, lærte deltagerne etter hvert å etterspørre hverandres synspunkter for eksempel i bruk av hjelpemidler, og integrerte denne kunnskapen som del av deres handlingsrepertoar. I gruppe D, som var preget av interessekonflikter i oppstarten (beskrevet i kap. 6.3) og stor utskiftning underveis, utnyttet deltagerne i mindre grad hverandres innspill. For å ivareta kravet i diskursetikken om at alle involverte må komme frem med sitt syn, var jeg mer aktiv i den sist nevnte gruppen. Erfaringen var at dette bidro til å fremme en relasjonsorientert prosess der ulike forståelser av praksissituasjoner kunne presenteres uten å bli (de)evaluert av kollegene. Gruppedeltagerens respons var aktiv og løsningene praktisk rettet. Selv om løsningene tilsynelatende kunne virke enkle, viste de også det begrensede og komplekse i handlingsrommet. I eksemplet nevnt foran fra sykehjemsavdelingens stue ble det fort surr av stemmer, likeså på korridoren og på 2-sengsrommet. Handlingsalternativene dreide seg om å flytte pasienten fra ett sted til ett annet uten å finne den optimale løsningen, mente deltagerne i ressursgruppen. I presentasjonene kom det ofte frem at primærkontaktene manglet medisinsk faglige opplysninger om pasientens aktuelle lidelser og sykehistorie, og videre tiltak ble da planlagt i fellesskap for å innhente nødvendig informasjon. Enkelte sykepleiere og hjelpepleiere manglet også ferdigheter i systematisk observasjon og dokumentasjon av pasientopplysninger og utforming av pleieplaner.

Den kompliserte læringskonteksten i arbeidslaget utdypes videre i kapittel 7.4 om felles planlegging og i kapittel 7.5 om kritisk refleksjon. I den videre diskusjonen rettes fokus mot de etiske utfordringene som ble reist både i relasjon til den enkelte pasient og i forhold til prioriteringer i arbeidsfellesskapet.

Selvrefleksjon og etiske refleksjonsprosesser

Den kollektive refleksjonsprosessen og tolkningen av pasientens livssituasjon og alternative vurderinger av hvordan tjenestene kunne tilrettelegges for å ivareta pasientens ønsker og grunnleggende behov (jf Kvalitetsforskriften § 1), rettet fokuset vedvarende mot handling og mot å forstå, å samhandle med pasienten og de pårørende. I kompliserte situasjoner ble det raskt satt lys på etiske utfordringer som dreide seg både om flere mulige forståelser av en situasjon, og dilemmaer der det kunne være vanskelig å komme frem til hva situasjonen fordret, som i eksemplet beskrevet foran om tegn på uro.

Den etisk refleksjonsprosessen i ressursgruppene kjennetegnes av dialogen mellom deltagerne, der forståelsen og tolkningen av situasjonen gjennom tanker og følelser har grunnlag i den narrative framstillingen av situasjonen. Det etiske dilemmaet ble med andre ord ikke presentert innledningsvis eller tatt for gitt, det fremkom gjennom klargjøringen av situasjonen med gruppens innspill.

Å presentere egne erfaringer og komme frem til tiltak for den enkelte pasient i fellesskap dreide seg også om primærkontaktens selvopplevde mestringsevne og refleksjoner i forhold til ansvaret som primær. Uakseptabel praksis ble sjelden uttrykt åpent i presentasjonene i ressursgruppene, i stedet valgte både sykepleiere, hjelpepleiere og assistentene å peke på fremtidige konkrete forbedringer:

”Neste gang hun (pasient) skal ut med den rullestolen, tror jeg det er best for henne å ha på ordentlige utesko og ikke tøflene, da står hun bedre når hun skal sette seg” (ass/gr A/t 6)

Arbeidslagets leder som deltok i alle ressursgruppene, tok imidlertid også initiativ til å ta opp situasjoner i ressursgruppene som hun vurderte var kritikkverdig praksis (utdypes videre i kap. 7.5).

Presentering og reflekterende dialoger som ressurs i lærende praksisfellesskap

Deltagernes fortellinger og identifisering av nye problemstillinger i kjente situasjoner var *kimen til forandring*. Grad av følelsesmessig involvering og bruk av emosjonelle uttrykk varierte i situasjonsbeskrivelsene. Mens de erfarne hjelpepleierne og assistentene ofte hadde

et metaforisk språk i sine situasjonsbeskrivelser, støttet nye sykepleiere, sykepleierstudenter og hjelpepleiere lever seg i større grad til faktabeskrivelser. De hadde som nye mindre innsikt i pasientens situasjon og i de daglige rutinene i sykehjemsavdelingen. Ved å presentere akutte situasjoner kom imidlertid selv ny ansatte sykepleieres medisinsk faglige kunnskap til syne som en ressurs i praksisfellesskapet. Det var særlig arbeidslagets leder, som representerte en faglig ressurs i presentering av slike situasjoner, mens mer uerfarne sykepleiere avdekket manglende medisinsk faglige kunnskaper i forhold til observasjoner og vurderinger av uklare situasjoner.

Presentering og reflekterende dialoger hadde som vising og iakttagelse røtter i den tradisjonelle mesterlæren hvor lærlingen gradvis introduseres inn til praksisfellesskapet, omtalt tidligere som en legitim perifer deltager posisjon. Læringsstrukturen er praksisnær, konkret og innvevd i en historisk og sosial kontekst. De to læringsstrukturene føyer samtidig til en ny dimensjon i forståelsen av mesterlæren. Mens den tradisjonelle mesterlære tradisjonen har hatt en personorientert fokusering på forholdet mellom læremester og lærling, er *vising/iakttagelse* og *presentering* i ressursgruppene desentrerte læringsprosesser, der praktikerens deltagelse i praksisfellesskapet er en avgjørende faktor (Wenger 1998). Med tilrettelegging av læringsprosessene i gruppene understrekes de sosiale og kollektive dimensjonene i læringsprosessene (Lave og Wenger 1991). De tradisjonelle læringsformene i pleie- og omsorgstjenestene som parvis opplæring (*vising*) og den muntlige rapporteringstradisjonen mellom medarbeiderne (*presentering*), var også utgangspunktet i læringsarbeidet i ressursgruppene, men i stedet for ensidig fokus på mester-lærling relasjonen, satte vi søkelys på læringsressursene i hele miljøet.

Det er viktig å understreke at forståelsen av de grunnleggende læringsstrukturene som desentrerte læringsprosesser ikke står i motsetning til mesterlæren. Tvert i mot har mesterlæretradisjonen i arbeidslagets praksis vært en kjent læringsressurs i deltagernes utvikling av samtalemønstre i ressursgruppen. En gradvis bevisstgjøring av læringsressursene både gjennom vising av ferdigheter og presentering av situasjoner styrket den enkelte tjenesteutøvers selvopplevde mestringsevne og handlingskompetanse og la grunnlag for intersubjektiv kunnskapskonstruksjon relatert til samhandlingsprosesser og utvikling av forståelse for den eldres ønsker og behov (gerontologisk forståelse).

Ved å fokusere på presentering av enkelt situasjoner ble individualiserte tiltak løftet frem i læringsfellesskapet, og løsninger som kunne bidra til ivaretagelse av den enkelte pasients behov med respekt for det enkelte menneskets livsførsel ble utforsket. Presenteringen av ulike

situasjoner i det lærende praksisfellesskapet styrket på denne måten en individualisert omsorgsorientering, i overensstemmelse med målsettingen i Kvalitetsforskriften (1997, § 1-3).

Å rette oppmerksomheten i presentasjonene mot individualiserte tiltak og konkrete handlinger, ble opplevd som svært viktig i alle ressursgruppene og engasjerte deltagerne i diskusjonen om alternative forståelser av situasjonen og fremtidige løsninger. Gjennom presentering av egne erfaringer og innspill fra kollegene i reflekterende dialoger, ble tjenesteutøverne oppmerksomme på implisitte normer i handling i møte med pasienten og normene i det kollektive arbeidsfellesskapet i arbeidslaget. Primærkontaktens vekta særlig presentasjonene av primærpasienter som betydningsfulle i læringsprosessene. Dette var ofte pasientsituasjoner som sjelden ble nevnt på rapportene i vaktskiftene, hvor samtalen var knapp og preget av videreføring av den mest nødvendige informasjonen. Å skape muligheter for å fortelle detaljert og utdypende ble derfor opplevd som svært betydningsfullt og selve grobunnen for kvalitetsutviklingsarbeidet. Gjennom presenteringen oppdaget også primærkontaktene nye spørsmål som de tok tilbake til samhandlingen med pasienten og de pårørende. Gledesuttrykk fra kollegene knyttet til gjennomføring av enkle tiltak, styrket tjenesteutøvernes mestringsopplevelse og anseelse i gruppen. Noen gav også uttrykk for at personlig engasjement er en viktig forutsetning for å kunne ivareta kvalitet i pleien.

Emosjonelle uttrykk kan samtidig gjøre personen mer sårbar for andres reaksjoner. Særlig nytilsatte tjenesteutøvere var ofte sårbare for kollegenes emosjonelle holdninger, dersom innspillene i dialogene var avvikende fra egne erfaringer. Emosjoner ble også av noen sett på som ukomfortable, og noe man prøvde å distansere seg fra i arbeidsforholdet ved å holde en viss avstand til primærpasienten og de pårørende og ved i liten grad presentere personlige erfaringer i ressursgruppen. Presentasjonene ble da i stedet ofte preget av faktaopplysninger og en analytisk holdning.

Oppsummert erfarte vi at presentering som læringsform i ressursgruppene, var avhengig av sosiale og kulturelle normer. For det første spiller deltagelse og deling av ulike erfaringer inn. Mens noen var ordknappe og sjelden delte erfaringer, valgte andre å be om å få presentere sine erfaringer. Stabilitet i ressursgruppens kjernegruppe og aktive deltagere bidro til å skape tillit i ressursgruppen og kunnskapsspredning i arbeidslaget. Manglende stabilitet i ressursgruppene førte ofte til det motsatte og presentasjonene ble knappere.

Tjenesteutøverne i de mest stabile ressursgruppene (gruppe A og C) gav i oppsummeringen av kvalitetsutviklingsarbeidet uttrykk for at de mange presentasjonene med reflekterende

dialoger, gav en opplevelse av tilhørighet og identifisering med de andre i gruppen som var svært vesentlig for det praktiske tjenesteutviklingsarbeidet i sykehjemsavdelingen og i hjemmebaserte tjenester:

”Når alle vet hva vi har snakket om og vi har blitt enige om noe i gruppa, blir det jo lettere å gjennomføre i avdelingen – vi har fått til mye som vi ikke klarte før”
(oppsum.intervju/hj.pl. gr A/t 8).

”Jeg husker enda den gangen jeg tok opp (pasientsituasjon i hjemmesykepleien) og at jeg turte å si i fra. Det var viktig. Jeg gjorde ikke det alltid før, men jeg har lært mye i gruppa, jeg tar mer helhetlig ansvar nå”(oppsum.intervju/hj.pl. gr C/t 8).

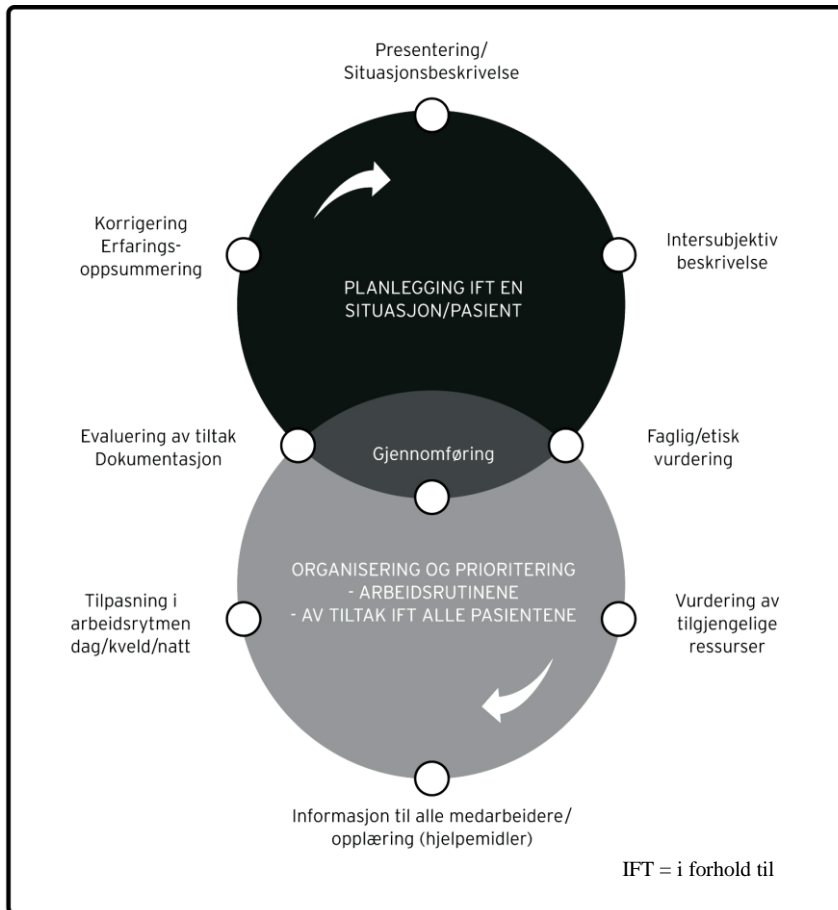
Fokus på detaljerte beskrivelser styrket praktikernes selvrefleksjon og mot til også å se kritisk på egne hverdags erfaringer og kollegenes praksis. Utvikling av personlig ansvar og mestring i primærfunksjonen ble holdt frem som det viktigste læringsresultatet av denne intersubjektive læringsdimensjonen.

7.4 Felles planlegging og aktiv prøving

De interaktive arbeids- og læringsprosessene, som er beskrevet i kapittel 8.2 og 8.3 synliggjorde sykepleiernes, hjelpepleiernes og assistentenes situasjonsrelaterte kunnskap og bidrog til intersubjektive kunnskapskonstruksjoner. I presentasjonene og de reflekterende dialogene søkte vi etter alternative forståelser av situasjonen, og la vekt på at primærkontaktene ble gitt tid og rom til selvrefleksjon. Deltagernes praktiske og etiske refleksjoner gav samtidig grunnlaget for planlegging og utprøving av både individualiserte tiltak og aktiviteter for grupper av pasienter. Disse planleggingsprosessene omfattet ulike kommunikative samhandlings- og læringsprosesser. Ressursgruppens halvårsplanlegging og årsplanlegging er beskrevet tidligere i kapittel 6.1 og 6.4.

Gjensidig påvirkende planleggingsprosesser

I det følgende rettes fremstillingen først mot hvordan ressursgruppene utviklet den individuelle planleggingen av tjenestene til den enkelte pasient med samtidig hensyntagen til ressursene i arbeidslaget, illustrert i figur 10.



Figur 10: Den doble planleggingsprosessen

Ivaretagelse av døgnkontinuerlige tjenester i sykehjem og hjemmebaserte tjenester fordrer samhandling innenfor organisasjonens etablerte strukturer, med informasjon og opplæring av medarbeidere som arbeidet i turnus. Læringsdimensjonen *felles planlegging og aktiv prøving* kjennetegnes derfor av kontinuerlig veksling i fokus mellom planlegging i forhold til en bestemt situasjon eller pasient (fig 10, øverste sirkel) og den samtidige organiseringen og prioriteringen av foreslåtte enkelt tiltak sett i forhold til alle pasientene og virksomhetens ressurser (fig.10, nederste sirkel). Disse gjensidig påvirkende planleggsprosessene kjennetegnet kvalitetsutviklingsarbeidet i alle ressursgruppene.

I den daglige planlegging og tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenestene i sykehjemmet og i hjemmebasert omsorg, fordrer Kvalitetsforskriften at planlegging av tiltak skal gjennomføres i samarbeid med pasienten og pårørende (Kvalitetsforskriften 1997, § 3). Gjennomføring av individualiserte tiltak må videre vurderes i forhold til pasientens ressurser og innpasses i

rytmen i sykehjemsavdelingen³⁵. Prioriteringsrekkefølgen i enkelt tiltak som for eksempel 'hjelp i måltidsituasjonene' må for eksempel stadig tilpasses når 14 beboere i sykehjemsavdelingen skal serveres måltider 3-4 ganger i døgnet ved hjelp av 3-4 pleiere.

Denne doble planleggingsprosessen krever at alle impliserte medarbeidere forstår hensikten med enkelt tiltak og har nødvendige ferdigheter for å tilpasse arbeidsrytmen på hver vakt; dag, kveld og natt og i helger. På kveldsvakter og særlig i helgene kunne det være flere deltidsansatte som ikke kjente pasientene så godt, og da kunne det bli vanskelig å møte pasientenes behov til *rett tid* (Kvalitetsforskriften 1997, § 3):

”Denne helgen var veldig tung. På søndag kveld var det bare meg som var kjent, og så to nye. Da måtte – (navn) vente altfor lenge. Jeg vet at hun vil legge seg tidlig, men vi klarte det bare ikke. (hj.pl/gr A/t5)

I ressursgruppe A valgte deltagerne derfor ofte å gå gjennom rutineene på dag- og kveldsvakter for å synliggjøre for hverandre hvordan de vurderte pasientenes ulike behov og ønsker og handlingsrekkefølgen på en vakt.

I alle ressursgruppene hadde de direkte pasientrettede planleggingsprosessene grunnlag i presentering av en erfart situasjon, ofte presentert av en deltager der de øvrige i gruppen bidro til en intersubjektiv situasjonsbeskrivelse med forslag til ulike løsninger. Ved å kjenne hverandres synspunkter og bakgrunnen for spesifikke tiltak, erfarte primærkontaktene at kollegene i arbeidslaget støttet gjennomføringen av tiltakene. Arbeidslagets leder, som deltok i alle ressursgruppene, bidrog også til legitimering av nye tiltak og sørget for nødvendige tilpassinger i arbeidsfordelingen. Situasjonsbeskrivelsene og de reflekterende dialogene var med andre ord en forutsetning i planleggingsprosessene av individualiserte tiltak. I gruppe D hvor spenningen tidvis hadde vært stor mellom deltagerne (beskrevet i kap. 6.3), bidrog de reflekterende diskusjonene i forhold til konkrete tiltak til økt forståelse for hjemmeboende pasienters situasjon med alvorlige psykiske lidelser. På dette grunnlaget utviklet primærkontaktene i gruppe D aksept for utradisjonelle individualiserte tiltak i arbeidslaget som: ”gå en tur” og ”ekstra tid til tilsyn hos hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser” og mer kontinuitet i primærrelasjonene.

En kritisk faktor i gjennomføringen av de individualiserte planene var at de samtidig måtte passes inn i de eksisterende arbeidsrutinene (se figur 10, nederste sirkel). Gjennomføring av

³⁵ Hjemmebasert omsorg har en tilsvarende rytme, hvor mange hjemmeboende f. eks ønsker hjelp om morgenen til personlig hygiene.

enkelt tiltak ble vedvarende vurdert i ressursgruppene i relasjon til øvrige planer for andre pasienter, rutiner i arbeidslaget og søkt tilpasset innenfor en realistisk ressursramme for å kunne gjennomføres (den nederste sirkelen i figur 10). Planleggingsarbeidet fordret også oppmerksomhet rettet mot personalets mestring av ulike arbeidsoppgaver gjennom døgnet. En viktig del av planleggingsarbeidet handlet kontinuerlig om å sørge for informasjon skriftlig og muntlig om planlagte tiltak til medarbeidere og sørge for opplæring i bruk av eventuelle hjelpemidler (fig. 10, nederste sirkel). På grunn av turnussystemet og mange ansatte med små stillingsandeler fordret informasjonsarbeidet nitidig innsikt i personalets kunnskapsbehov.

Deltagerne i ressursgruppene erfarte at uten hensyntagen til begge planleggingsprosessene var faren at individualiserte planer kun ble snakket om. *Gjennomføringen* var helt avhengig av at kunnskapen var spredt til alle aktuelle medarbeidere og innpasset i den totale arbeidsressursen i arbeidslaget gjennom døgnet. I vurderinger av mulige løsninger i spesifikke situasjoner var premissene at tiltakene må være mulig å gjennomføre innenfor ressursene (premissvurderinger). Planleggingsarbeidet kan følgelig betraktes som en vedvarende og komplisert forhandlingsprosess der enkelt tiltak skal innpasses i den daglige utførelse av pleien (Kvalitetsforskriften 1997, § 3). Med en svært knapp ressursramme var ressursgruppene samtidig på stadig søking etter hensiktsmessige løsninger som ivaretok alle pasientenes grunnleggende behov.

De gjensidig påvirkende planleggingsprosessene kjennetegnes med andre ord av et dialektisk forhold, der gjennomføringen av individualiserte tiltak samtidig er ledd i samhandlingen mellom alle tjenesteutøvere i arbeidslaget. Med etableringen av læringsstrukturen i ressursgruppene, erfarte deltagerne gradvis direkte sammenheng mellom de to planleggingsprosessene. Deltagerne i ressursgruppene gav ofte innledningsvis i ressursgruppemøtene spontant uttrykk for glede fra utprøving av planlagte tiltak, gjerne med konkrete utsagn om hvordan pasientens og de pårørendes deltagelse og respons hadde vært. Det siste bidro også til korrigerende planer gjerne med innspill fra flere i gruppen, ettersom den enkelte pasient ofte fikk hjelp fra flere tjenesteutøvere.

Prioritering av kollektive innsatsområder for grupper av pasienter

I tillegg til de systematiske samtaleene i ressursgruppene med presentering av enkelt situasjoner, planlegging og gjennomføring av individualiserte tiltak, valgte arbeidslaget å prioritere forbedringsområder kollektivt. Forslagene fra ressursgruppene ble lagt frem etter erfaringsoppsummeringene i ressursgruppene på et felles planleggingsmøte i arbeidslaget.

Begrunnelsen for kollektiv planlegging av innsatsområder i kvalitetsutviklingsarbeidet var at personalet i arbeidslaget var sammen om å prioritere og på den måten skapte et eierskap til beslutninger som kunne komme til å påvirke alle i gjennomføringen. De kollektive innsatsområdene i kvalitetsutviklingsarbeidet omfattet nye tiltak for grupper av pasienter i sykehjemsavdelingen og i hjemmebaserte tjenester, som:

- sosiale aktiviteter i sykehjemsavdelingen (fra termin 3)
- tilrettelegging av felles tiltak for hjemmeboende menn (Herreklubben) (fra termin 5)
- utvikling av hjemmebasert rehabilitering i samarbeid med rehabiliteringsavdelingen (termin 5)

De kollektive innsatsområdene stimulerte både kritisk selvrefleksjon og kritikk i forhold til organiseringen av arbeidsrutinene i arbeidslaget (jfr fig 10, nederste sirkel) og hadde fokus på opplæringstiltak, arbeidsformer og utvikling av nye funksjoner. Sist nevnte fremstilles med eksempler i kapittel 7.5.

Betydningsfulle faktorer i gjennomføringen av prioriterte innsatsområder var at flest mulig i arbeidslaget kjente beslutningsgrunnlaget og hadde vært med i beslutningsprosessen, at tiltakene var knyttet til ivaretagelse av grunnleggende behov og lot seg gjennomføre innenfor arbeidslagets ressursramme.

Planlegging og utprøving av aktivitetsplaner i sykehjemsavdelingen

Allerede ved gjennomgangen av kravene i Kvalitetsforskriften § 3 før oppstart av ressursgruppene(termin 2), ble det gitt uttrykk for at økt innsats i forhold til ”sosiale tiltak i sykehjemsavdelingen” var nødvendig. Personalets erfaring i arbeidslaget var at:

”Mange (pasienter) har ikke pårørende – de kommer lite ut” (hj.pl/t2)

”Det skjer lite her – utover det daglige” (arbeidslagsleder/t2)

*”Noen (pasienter) har ikke vært ute de siste 5 årene – det er for ille” (erfaren hj.pl/t2)
(feltnotat, felles arbeidslagsmøte)*

En arbeidsgruppe tilknyttet ressursgruppe A i sykehjemsavdelingen, bestående av to hjelpepleiere, to assistenter og arbeidslagets leder, ble nedsatt av personalet i arbeidslaget (i begynnelsen av termin 3), og fikk mandatet:

”Å styrke sosiale aktiviteter, som nevnes i Kvalitetsforskriften (1997) med utgangspunkt i kunnskap om pasientenes ønsker og aktuelle behov. Dette innebærer:

Mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet

Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne” (feltnotat/t3).

Da arbeidsgruppen var en del av ressursgruppen, ble tidligere situasjonsbeskrivelser og oppsummert kunnskap om primærpasientenes ønsker i forhold til sosiale aktiviteter et viktig erfaringsgrunnlag å bygge videre på. Ut fra arbeidsgruppens oppsummerte kunnskap var måltidene i sykehjemmet en viktig sosial arena for beboerne. Måltidsrytme, bordplassering, ønske om fellesskap eller ønsket om å spise alene var noen aktuelle problemstillinger som arbeidsgruppen vurderte i samarbeid med primærkontaktene og den enkelte pasient. Sosiale aktiviteter ble operasjonalisert i forhold til tiltak som kan gjøres daglig, ukentlig og aktiviteter knyttet til årstid og høytider.

Selv om målsettingen var å styrke de sosiale aktivitetene i sykehjemsavdelingen, og endre praksis mente gruppen det var viktig hele tiden å vurdere at tiltakene lot seg gjennomføre:

”Å ikke gape for høyt. Det er best å begynne litt forsiktig, for heller senere å øke. At det ikke er mer enn en aktivitet i uka” (planlegging i arb.gr sos. akt./t 3).

Med en svært knapp ressursramme var deltagerne på stadig søking etter løsninger som ivaretok pasientenes grunnleggende behov innenfor de økonomiske rammene. Dette innebar at man ikke planla tiltak som fordret innleie av ekstra personale, men tilpasset tiltakene til turnusplanen. For hver aktivitet planla gruppen i detalj hvem som skulle være ansvarlig for planlegging og gjennomføring av aktiviteten, sett i forhold til andre oppgaver i sykehjemsavdelingen (jf fig 10 Den doble planleggingsprosessen). Ved å gjennomgå turnusplanen uke for uke fant tjenesteutøverne sammen med arbeidslagslederen noen timer i løpet av 6 ukers turnus der det kunne være flere på jobb og utnyttet disse til spesifikke aktiviteter. Med hjelp fra personalet i dagsenteret utviklet gruppen spesifikke aktiviteter knyttet til årstidene (se tabell 13).

Tabell 13: Aktivitetsplan for sosiale aktiviteter

Dato Måned/ dag	Hva skal vi gjøre? Ukeaktivitet Årstid /Høytider	Hvorfor gjør vi denne aktiviteten?	Hvordan Forberedelse: Hvor skal vi være? Hvor mange skal være med? Hvor lenge varer det? Nødvendig utstyr	Ansvarlig Navn (sjekk turnuslisten) ved fravær må en annen overta Ansvarlig sjekker nødvendig utstyr/ innkjøp på forhånd
Januar Fredag 15. Fredag 22. Fredag 30.	Vinter – inne Steke vafler Sang Bilder fra gamle—	Vaffelsteking stimulerer sansene, aktiviserer og er hyggelig. Synging stimulerer stemmen, vekker minner og er hyggelig Foto fra lokalmiljøet stimulerer felles samtaler og reminisens.	Alle beboere i avdelingen som ønsker og kan er med på stua fredag Fra kl. 11.00 – 12.00 Vaffelrøre lages om morgenen evt. kvelden før.	Stuevakten
Februar Fredag 05 Fredag 12. Fredag 19. Fredag 26.		Alle aktivitetene er sosialt samvær	Se eget sanghefte. Se eget hefte/bok med bilder fra—	
Mars Fredag 5.	Fredagskaffe		Alle beboere i avdelingen som ønsker og kan er med på stua fra kl. 11.00 – 12.00 Vaffelrøre lages dagen før	Stuevakten
Fredag 12.	Påskeverksted	Påskeskikker og samtale om tradisjoner stimulerer fellesskap og reminisens.	Utstyr til påskeverkstedet skaffes gjennom dagsenteret og avdelingsleder	Hjelp fra dagsenteret + stuevakten
Fredag 18. Fredag 26.	Fredagskaffe	Felles kaffe skaper sosialt samvær og hygge		Stuevakten
April Fredag 9. Fredag 16. Fredag 23. Fredag 30.	Vår - ute Gå små turer i parken/omegn	Turer gir sanseopplevelser av årstid og nærhet til naturen	Husk ulltøy og gode ute sko evt pledd ved bruk av rullestol Små turer med en og en beboer gjennomføres når været er godt nok – ikke faste dager	Se egen liste på vaktrommet

Ettersom sosiale aktiviteter i sykehjemsavdelingen var et prioritert innsatsområdet i kvalitetsutviklingsarbeidet i arbeidslaget, ble større felles tiltak som adventsfest for beboere og pårørende i sykehjemsavdelingen foreslått i fellesskap og arrangert ved hjelp av medarbeidere på frivillig grunnlag. Kreative medarbeidere i arbeidsgruppen utarbeidet en oversiktlig aktivitetsplan for hver måned som ble slått opp i sykehjemsavdelingen, og gjort kjent for alle. Pårørende som ønsket det bidro under ”fredagskaffen” sammen med ”stuevakten”.

I planleggingen og gjennomføringen av aktivitetsplanene mente deltagerne i arbeidsgruppen at det burde være en viss fleksibilitet i forhold til den enkelte medarbeiders ressurser:

”At den som er ansvarlig for stua kan velge blant månedens aktiviteter. Vi er ikke alle like flinke til å bake, syng og noen liker mer å være ute (feltnotat/arb.gr sos.akt/t 3).

Planlegging og utprøving av aktivitetsplanen var en ny erfaring for deltagerne i gruppen, og en ny arbeidsform i arbeidslaget. Ved kontinuerlige erfaringsoppsummeringer i hvert arbeidsgruppemøte hver 6. uke og halvårsoppsummeringer i ressursgruppen, erfarte

deltagerne at prioriterte sosiale aktiviteter for grupper av pasienter lot seg gjennomføre innenfor arbeidslagets ressurser:

”Vi sitter litt lengre ved måltidene og vi får til fredagskaffen nå. Det skal vi fortsette med. Det skaper trivsel for beboerne. Mange pårørende kommer innom på fredagskaffen. Vi må fortsette med trimmen hver uke. Det liker beboerne” (feltnotat/oppsum arb.gr sos. akt. /t 3).

”Fint med turene ut. Beboerne trives. Vi må planlegge en aktivitetsdag hver måned enten ute eller inne i vinterhalvåret” (feltnotat/oppsum arb.gr sos.akt. /t 4).

”Kanskje vi kunne ha en halv times musikk eller underholdning her i avdelingen av og til?” (feltnotat/oppsum arb.gr sos.akt. /t 5).

Arbeidsgruppen gjennomførte etter hvert sosiale aktiviteter både i og utenfor sykehjemsavdelingen og fikk svært positive reaksjoner fra pasienter og pårørende. Dette motiverte personalet i sykehjemsavdelingen til videre utprøving. Oppsummering av positive erfaringer ble notert som lokale rutiner.

I de to siste terminene (t 7 og 8) erfarte ressursgruppe A at antallet pasienter med alvorlig grad av demens økte i sykehjemsavdelingen. Dette fordret tilrettelegging av mer individualiserte aktiviteter. Fortsatt var det beboere som hadde glede av og ønsket å delta på felles samlinger i sykehjemsavdelings dagligstue, med allsang under fredagskaffen, trim og turer ute i nærmiljøet.

Arbeidsgruppen *”sosiale aktiviteter”* var den første arbeidsgruppen og modellen med aktivitetsplaner ble utviklet i denne gruppen. Gruppen *”sosiale aktiviteter”* hadde en stabil kjernegruppe med deltagerne fra ressursgruppe A med 3 assistenter, 2 hjelpepleiere og arbeidslagets leder. Alle deltok aktivt i arbeidet og støttet gjennomføring av planlagte tiltak (termin 3-5).

Planlegging og utprøving av gruppeaktiviteter i hjemmebasert omsorg

De øvrige arbeidsgruppene ble satt i gang på bakgrunn av oppsummerte erfaringer i hjemmebaserte tjenester og knyttet til ressursgruppe C som særlig hadde fokus på ADL-aktiviteter (aktiviteter i dagliglivet).

Arbeidsgruppen *”hjemmebasert rehabilitering”* hadde stabile kjernedeltagere fra ressursgruppe C og representanter fra rehabiliteringsavdelingen ved sykehjemmet som ønsket å styrke hjemmebaserte tjenester i tråd med rehabiliteringsmeldingen Ansvar og meistring (Stortingsmelding nr 21:1998-1999). Erfaringene fra personalet i hjemmebaserte tjenester og fra rehabiliteringsavdelingen i sonen, var at pasienter som var innlagt til rehabilitering hadde

behov for systematisk oppfølging etter de kom hjem (Digre 1999). Arbeidsgruppens mandat var derfor å utrede om det var mulig å etablere et tettere samarbeid mellom rehabiliteringsavdelingen og arbeidslaget om hjemmebasert rehabilitering. Arbeidsgruppens deltagere ble derfor satt sammen tverrfaglig av deltagere fra både ressursgruppen i hjemmesykepleien i arbeidslaget og personalet fra rehabiliteringsavdelingen med deres ledere. Etter tre gruppemøter (termin 5) erkjente deltagerne fra rehabiliteringsavdelingen at de manglet ressurser til fortsatt deltagelse da avdelingslederstillingen var vakant, og arbeidsgruppen opphørte.

Arbeidsgruppen "Herreklubben" ble opprettet etter systematisk oppsummering av erfaringer i ressursgruppe C på slutten av termin 4. Ved å gå gjennom notatene fra presentasjoner av ulike aktuelle situasjoner i lys av Kvalitetsforskriftens krav om ivaretagelse av grunnleggende behov identifiserte gruppen at særlig hjemmeboende enslige menn ofte "slurvet" med kostholdet, og noen var under- eller feilernært. Ved å analysere disse spesifikke situasjonene i fellesskap, vurderte gruppen at:

- "de manglet spesifikk kunnskap om ernæringstilstanden til den enkelte
- enslige eldre menn, i motsetning til kvinner, manglet ofte kunnskap om hvordan de skal lage mat og spiste derfor svært enkelt og lite variert
- enslige eldre menn ønsket ikke å benytte det kommunale dagsentret på sykehjemmet, fordi det var flest kvinner der
- enslige eldre menn fikk middagsombringning 2- 3 dager pr uke"
(feltnotat/oppsum gr C/t4).

I de reflekterende dialogene identifiserte deltagerne kostveiledning for skrøpelige hjemmeboende med feil- eller underernæring som et dilemma, der de på den ene siden forsøkte å gi gode råd om variert kosthold etter faglige retningslinjer (Statens ernæringsråd 1995), og på den andre siden ønsket å respektere den eldres valg:

"noen vil bare ha kaffe og brød med syltetøy" (hj.pl/gr C).

Ved å innhente kunnskap om den enkelte pasients måltidsmønster og sammenligne det med dagsmenyer fra Statens ernæringsråds anbefalinger for kosthold til eldre (Statens ernæringsråd 1995), identifiserte gruppen svikt i ernæringsbehovet hos flere eldre enslige menn. Selv om gruppens kollektive kunnskapsgrunnlag på denne måten ble styrket, var erkjennelsen samtidig at middagsombringning fra sykehjemmet var et begrenset tilbud for hjemmeboende. Kapasiteten ble hele tiden regulert ut fra personellressursene i arbeidslaget. I tråd med den nasjonale ernæringspolitikken ønsket gruppen likevel å satse på helsefremmende og forebyggende tiltak i ernæringsarbeidet (St.meld 37:1992-93) og med innsikt om den

helhetlige rehabiliteringsideologien (St.meld 21:1998-1999), ønsket deltagerne å bidra til å ivareta enslige hjemmeboende eldre menns ressurser og spesielle ernæringsbehov.

Forbedringer i tjenesteutøvelsen måtte samtidig ta hensyn til de eksisterende ressursene.

Ved først å innhente informasjon om de eldre enslige mennenes ønsker og fokusere på helsefremmende aktiviteter, valgte vi å etablere en gruppe for eldre hjemmeboende menn som erstattet den ordinære middagsombringingen i hjemmebasert omsorg. Ved å erstatte middagsombringingen til 6-10 personer en dag pr uke ble det frigitt tid til å prøve ut et nytt alternativ. De første brukerne gav gruppen navnet "Herreklubben". Deltagere var fra 6-9 eldre menn, den eldste var 94 år, og de møttes tre timer en dag pr uke i en kafeteria hvor de spiste middag sammen. Gruppen ble organisert av 3 hjelpepleiere på omgang etter turnus.

Alle "herrene" hadde behov for påminnelse samme dag om tiltaket og noen trengte følge. Etter samtykke med alle deltagerne skrev hjelpepleierne en logg for hver gang med oversikt over fremmøtte, hva de snakket om og eventuelle aktiviteter. Ettersom hjelpepleierne arbeidet i turnus og hadde ansvar for gruppen på omgang, styrket loggen "tråden" mellom hver gang de var samlet. Sett over tid fungerte "Herreklubben" som et sosialt fellesskap der eldre hjemmeboende menn møttes til middag og gladelig delte av sine positive livserfaringer med hverandre og gav hjelpepleierne ny innsikt i eldre menns livshistorier og lokalhistoriske kunnskap.

Ved hjelp av reflekterende dialoger i ressursgruppe C ble hjelpepleiernes erfaringer fra "Herreklubben" gradvis knyttet til kunnskap om hvordan de støttet hjemmeboende eldres menns mestringsressurser. De eldres ønske om å møtes i kafeen og ikke i det kommunale dagsentret, hvor det var flest eldre kvinner, bidrog til at "herrene" ivaretok flere selvhjelpsfunksjoner; de betalte selv og serverte gjerne hjelpepleieren kaffe. De eldre "herrene" møtte og andre kjente i kafeen, som de delte erfaringer med. Herreklubben planla og gjennomførte utflukter og "herrene" delte mange minner fra ungdomsliv og oppveksten. Hverdagssamtalene i "herreklubben" bidrog slik sett til et aktivt reminisensarbeid (Heap 2002). Ved etableringen av kafeen i en ny omsorgsbolig bidro noen av "herrene" med private fotografier, til en fotomontasje fra nærmiljøet.

Deltagernes evaluering av "Herreklubben" etter 3 terminer var svært positiv og ble omtalt i fagtidsskriftet Basis som et positivt forbedringsarbeid (Basis august 2000). Hjelpepleiernes oppsummerte erfaring fra dette alternative helsefremmende ernæringsarbeidet i hjemmebasert omsorg var positiv. Tiltaket ble prøvet ut og gjennomført innenfor eksisterende ressurser. Arbeidslagets leder, som deltok aktivt i ressursgruppe C, men ikke i selve gjennomføringen av

tiltakene i ”Herreklubben”, sørget også for at arbeidsplanene i arbeidslaget ble organisert slik at tiltaket kunne gjennomføres 3 timer hver torsdag. De ansvarlige hjelpepleierne opplevde samtidig ett økende press om også å hjelpe andre i denne tilmålte tiden. I de reflekterende dialogene i ressursgruppe C reiste de spørsmål om det var rett og rettferdig å rette oppmerksomheten mot denne pasientgruppen, som gradvis så ut til å klare mye selv, når mange andre pasienter i hjemmebasert omsorg også trengte deres hjelp. De reiste også spørsmålet om ”Herreklubben” ville bli oppløst om hjelpepleierne ikke deltok. Ressursgruppen antok at det var nødvendig med fast støtte av hjelpepleierne, da flere trengte litt hjelp som følge av skrøpeligheit både fysisk og mentalt. Da den nye kafeen tilknyttet en større omsorgsbolig i arbeidslagets geografiske område ble åpnet, valgte ”herrene” å møtes der. Den nye kaféen lå mer sentralt for deltagerne i ”Herreklubben”, og det økonomiserte tiden for hjelpepleierne som fortsatte dette tiltaket. Hjelpepleierne fikk også støtte i gjennomføringen av deltagerne i gruppe F (”Omsorgsbolig”) etter den var etablert på slutten av termin 6.

Læringsløyper i erfaringsbasert planlegging på gruppenivå

Erfaringene fra planlegging og gjennomføringen av aktiviteter for grupper av pasienter i sykehjemsavdelingen og i hjemmebaserte tjenester skapte gradvis felles erfaringer i arbeidslaget, som erkjente at:

”Det går an å lage planer sammen og gjennomføre det vi har tenkt, hvis vi bare planlegger nøye i overensstemmelse med pasientenes ønsker og behov og de interne rammebetingelsene i arbeidslaget” (feltnotat/arb.gr sosiale aktiviteter/t 4).

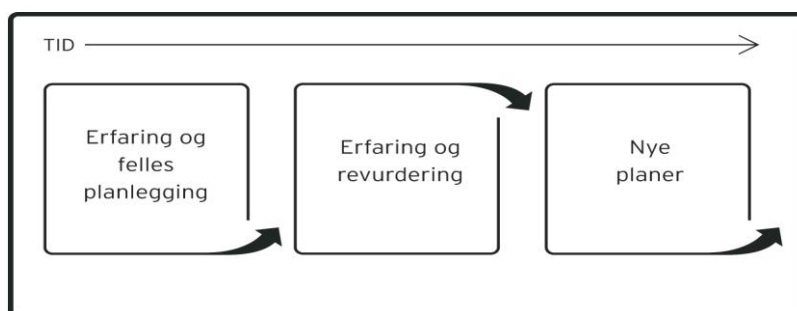
Arbeidsgruppene vant erfaringer ved hvert tiltak både i forhold til forberedelsen og selve gjennomføringen. Ved gjennomgåelsen i ettertid rettet deltagerne oppmerksomheten fremover mot neste gang. Deltagerne var sjelden opptatte av ett tilbakeskuende blick. De var mest opptatte av å minne hverandre om hva de skulle huske på og unngikk åpen kritikk, hvis noe ikke gikk etter planen:

”Vi må huske en bedre rullestol til – (navn)” (feltnotat/arb.gr sos.akt. /t 4)

”Vi må huske på å ringe om morgenen til – (navn)”(feltnotat/arb.gr Herreklubben/t6)

Ved å rette blicket fremover skapte arbeidsgruppen forventninger om mestring av aktiviteter som berørte flere pasienter. Den erfaringsbaserte planleggingen bygget på erfaring med gjennomførte aktiviteter og felles planlegging (se fig 11). Hvert halvår videre oppsummerte

ressursgruppen sine erfaringer, revurderte og utviklet nye aktivitetsplaner hvor de konkrete aktivitetene kom tydelig frem.



Figur 11: Aktivitets- og læringsløyfe i erfaringsbasert planlegging

Aktivitetsplanene ble gradvis mer spesifiserte ettersom gruppene opplevde positiv respons fra pasientene, deres pårørende og medarbeiderne i arbeidslaget. Nye og kreative tiltak ble prøvet ut, først felles aktiviteter i sykehjemsavdelingen knyttet til måltidene, så småturer ute i nærområdet og etter hvert planlagte turer på torget, på ”vinter salg”, kafé besøk, teater og ferietur sammen med beboere som ønsket å delta.

Da deltagerne i arbeidsgruppene også var med i en ressursgruppe, fungerte denne arbeidsmodellen som en forsterkende aksjonssyklus i ressursgruppens læringsløyfe. Arbeidsgruppens systematiske planer tilførte den utvidede ressursgruppen positive læringserfaringer. Samtalene i ressursgruppen gav på den annen side også arbeidsgruppen nødvendig bakgrunnsforståelse om den enkelte beboers livssituasjon (jmf presentasjonene og de reflekterende dialogene). Vekslingen mellom oppsummeringer i arbeidsgruppen og i ressursgruppen stimulerte deltagerens kritiske vurderinger av arbeidsformene:

*”Har ikke fått skrevet individuelle pleieplaner – det må vi jobbe med”
(feltnotat/arb.gr sosiale aktiviteter/t 6).*

Arbeidsgruppen ”sosiale aktiviteter” hadde 13 gruppemøter i løpet av tre terminer før denne erfaringsbaserte arbeidsmodellen ble innlemmet og videreført i ressursgruppens struktur (gruppe A). Aktivitetsplaner kombinerte et direkte pasientrettet fokus med aktiviteter som bidro til å endre arbeidsformene i overensstemmelse med Kvalitetsforskriftens krav slik det tidligere er redegjort for i den doble planleggingsspiralen (se fig 10, side 184). Ved aktivt å bruke Kvalitetsforskriften som vurderingsnorm i oppsummeringene konkretiserte gruppene i økende grad aktiviteter som styrket pasientenes medvirkning i planleggingsprosessene (se

vedlegg 11: Utvikling av mål og aktivitetplaner , kolonne 3: ”Å legge til rette for økt brukermedvirkning”).

Ved å strukturere det kvalitetsutviklende arbeidet med utgangspunkt i erfaringsbaserte læringssløyfer (se fig 11, s. 194) og aktivitetplaner for hvert halvår genererte arbeidslaget praksisrelevant kunnskap og systematiserte det kvalitetsutviklende arbeidet i hver gruppe. Halvårsmodellen tok hensyn til at det hver sommer var et avbrekk fra midten av juni til tidlig i august som følge av redusert turnusbemanning og mange ukjente vikarer:

Tabell 14: Halvårsmodell i kvalitetsutviklingsarbeidet

Erfaring	Felles planlegging	Erfaring	Revurdering	Erfaring	Oppsummering
(juni)	(august)	(august – desember)	(desember)	(januar – juni)	(juni)
Halvårs erfaringsoppsummering i alle grupper	Felles planleggingsseminar i arbeidslaget med utarbeiding av felles mål og satsingsområder i arbeidslaget, samt delmål og konkrete aktivitetplaner i hver ressursgruppe	Arbeidsfase	Oppsummering av erfaringer og ajourføring av delmål og planer i hver gruppe	Arbeidsfase	Oppsummering fra siste halvår i hver gruppe
	→			→	

Den nære sammenhengen mellom ressursgruppens oppsummerte erfaringer og utvikling av konkrete aktiviteter i kvalitetsutviklingsarbeidet engasjerte deltagerne. Planene var hele tiden situert i en felles forståelse av hva deltagerne gjorde, og hva aktivitetene betød for den enkelte pasient og for organiseringen av tjenestene. Kombinasjonen av engasjement og utvikling av konkrete aktivitetplaner som kunne ivareta den enkelte pasients ønsker og behov innenfor de eksisterende ressursrammene styrket fellesskapet i ressursgruppene. Den felles vilje, som slik sett formes gjennom rasjonell, språklig diskurs, har i følge Habermas en forpliktende autoritet (Eriksen og Weigård 1999). I ressursgruppens evaluering av det lærende arbeidsfellesskapet basert på felles erfaringsoppsummering og planlegging, understreket alle deltagerne betydningen av ressursgruppens felles innsats:

”Vi hadde ikke fått til fredagskaffen og trimmen – uten!” (oppsum gr A/t 8).

Felles innsats ble vurdert som en kritisk faktor i kvalitetsutviklingen av tjenestene.

Kombinasjonen av læringsfellesskapet i ressursgruppene og gjennomføring av de konkrete planene i arbeidsfellesskapet i arbeidslaget karakteriseres av en indre sammenheng som skapes mellom tre faktorer:

- Utvikling av et repertoar av gjennomførte aktiviteter generert gjennom erfaringsoppsummeringer
- Felles planlegging av aktivitetsplaner
- Gjensidig forpliktende ansvarlighet i forhold til planlagte aktiviteter

Sterkt fellesskap ble identifisert som en viktig suksessfaktor for gjennomføringen av nye tiltak i gruppe A og C. Svakt fellesskap i ressursgruppene B og D ble tilsvarende identifisert som en hindring for kontinuiteten i gjennomføring av individualiserte pasientrettede tiltak. Stor andel perifere deltagere i perioder reduserte også kvaliteten i fellesskapet i ressursgruppene og kontinuiteten i gjennomføringen av planlagte tiltak. Det siste ble særlig tydelig i gruppe A, som i termin 7 hadde totalt 17 deltagere; hvorav to nye sykepleiere og 6 studenter/elever (se tabell 12, side 155). Ressursgruppens erfaringer og forventninger til de nye medarbeiderne og studentene/elevene var at de var perifere deltagere:

”Studentene har jo sine egne planer” (erfaren hj.pl/t 8).

Selv om flere studenter bidrog aktivt i forhold til gjennomføring av pasientrettede tiltak, var ressursgruppens oppsummerte erfaring i ettertid at det ikke var en nødvendig sammenheng mellom antallet deltagere i gruppen og kontinuiteten i gjennomføring av planer og aktiviteter.

”Vi klarer å gjennomføre felles tiltak når vi er de faste. De faste vet hva som skal gjøres, så da går det. Er det flere nye går alt langsommere. Da rekker vi ikke å gjøre noe ekstra” (erfaren hj.pl/oppsum/ t8).

Kjente kjernedeltagere ble oppfattet som viktigst for gjennomføringen.

Det årlige planleggingsseminaret forsterket delaktigheten i kvalitetsutviklingsarbeidet og samlet personalet i arbeidslaget om felles innsatsområder.

Planlegging og aktiv prøving som ressurs i lærende praksisfellesskap

Planleggingsarbeidet var kjennetegnet av parallelle prosesser rettet mot ivaretagelse av den enkelte pasients behov og ønsker og samtidig behovet for å utvikle arbeidsformer som kunne imøtekomme alle pasienters behov gjennom døgnet. Ettersom alle fordelingstiltak baserte seg på normative vurderinger om hvilke mål som skulle realiseres, ble rutinene i sykehjemsavdelingen og flyten i arbeidslaget sentralt i gruppenes kollektive læringsprosess (se Fig 10, nederste sirkel, side 184). Planlegging som f. eks berørte rutinene på kveldsvakten, kunne innebærer hvem som skulle ha hjelp til hva først, men også hvorfor noen burde ha ekstra oppmerksomhet, noe som satte spørsmålet om rettferdighet i fokus. Her trengtes det *moralske* perspektivet fordi ulike interesser berøres (Eriksen 1999). Denne kollektive oppmerksomheten og forberedelse til handling, styrket gjennomføringen av viktige

pasientrettede tiltak. Sett over tid styrket oppmerksomheten om denne doble planleggingsdimensjonen den kollektive læringsprosessen i ressursgruppene og gjennomføring av planlagte individualiserte tiltakene i samarbeid med pasientene, pårørende og andre kolleger gav deltagerne felles erfaringer. Tilbakemelding av viktige erfaringer bidro videre til korrigerende og skapte et felles erfaringsgrunnlag for kritiske vurdering av arbeidsformene (utdypes videre i kap. 7.5).

En vesentlig faktor i gruppenes planleggingsarbeid var at aktivitetsplanene ble utarbeidet for ett halvår. Det gav gruppene en forutsigbar oversikt og inkluderte årstidsvariasjonene. Ved planlegging av spesielle tiltak ble det tatt hensyn til både pasientenes individuelle ønsker, personalets kompetanse og turnusplanen som gikk over 6 uker. Det konkrete planleggingsarbeidet innebar at man vurderte ønsker og kapasitet i fellesskap og utviklet et eierskap til planene.

Den oppsummerte erfaringen i gruppene var at det ikke var mulig å gjennomføre selv enkle tiltak utover den daglige rytmen som f. eks ”fredagskaffen”, uten det faste personalet på vakt. I lange perioder på sommeren hvor det kunne være flere ufaglærte vikarer i sykehjemsavdelingen var det derfor ikke mulig å gjennomføre felles sosiale tiltak som blant annet ivaretok pasientenes ønske om å være mer ute. Ved akutt sykdom i personalgruppen og i helgene måtte arbeidet også tilpasses færre personale. De faste helgevaktene hadde i tillegg ofte mindre stillingsbrøk (14%) og mindre kontinuitet. Tiltak som krevde en felles innsats, måtte derfor sees i forhold til personalets seksukers turnus. Enhver endring i deltakerstrukturene i ressursgruppene og i arbeidslaget som helhet, som følge av nye medarbeidere i opplæring eller endring i deltagerens handlingsrepertoar, påvirket organiseringen i planleggingsprosessene (Fig 10, nederste sirkel) og gjennomføringen av individualiserte planlagte tiltak (Fig 10, øverste sirkel).

Stabilitet i deltagergruppen og arbeidslagslederens aktive medvirkning i gruppene og i gjennomføringen av konkretiserte planlagte tiltak ble opplevd som viktige forutsetninger i arbeidsgruppenes arbeid. Det ble observert kvalitative endringer i relasjonen mellom arbeidslagets leder og tjenesteutøverne i alle gruppene. Tidligere rapportering til lederen ble erstattet av en likeverdig dialog der tjenesteutøvernes reelle kompetanse og evne til problemløsning kom i fokus. Lederens aktive medvirkning i alle gruppenes beslutningsprosesser bidro til god koordinering av enkelttiltak og systemendringer sett over tid. Tjenesteutøvernes ulike erfaringer var imidlertid selve drivkraften i planleggingsarbeidet. Utforskningen av alternative løsningsforslag i det lærende fellesskapet i gruppene styrket

personalets handlingsrepertoar i praksisutøvelsen. Gjensidige og forpliktende relasjoner fremmet planleggingsprosessene i ressursgruppene og støttet utprøvingen av nye tiltak i arbeidslaget. De tverrfaglige deltagerne forpliktende engasjement styrket relasjonene på tvers av grupper og tjenestenivåer.

Systematisk erfaringsutveksling med planlegging av enkelt tiltak i ressursgruppene bidro til å avklare ansvarsforhold mellom primærkontaktene og øvrige tverrfaglige kolleger og medarbeidere i arbeidslaget. Gjennom diskusjonene underveis og ved hjelp av halvårsoppsummeringene i ressursgruppene identifiserte deltagerne gradvis felles problemstillinger og søkte etter løsninger de kunne arbeide sammen om. Nettverket av relasjoner i ressursgruppene og i arbeidslaget og kunnskapsfordelingen mellom deltagerne, var viktige kvalitative kjennetegn ved denne vedvarende læringsdimensjonen.

7.5 Kritisk refleksjon og vurdering av arbeidsformene

Arbeids- og læringsdimensjonen *kritisk refleksjon og vurdering av arbeidsformene* bygger på de foregående dimensjonene med situasjonsbeskrivelser og reflekterende dialoger, vising av praktiske håndgrep samt felles planlegging og utprøving av aktiviteter, men tilfører samtidig en ny dimensjon i det lærende arbeidsfellesskapet. Kritisk refleksjon dreier seg om å se noe alternativt til det eksisterende og etablerte, men forutsetter en legitim basis for kritikken (Habermas 1999). Forståelsen av kritikk er i denne sammenhengen ikke det samme som å finne feil. Kritikk utøves heller ikke for å fremheve elendighet. Kritisk refleksjon dreier seg om utvikling av dømmekraft anvendt til verdivurderinger (Dewey 1930 i Vaage 2000, side 240). Etersom formålet her er kvalitetsutvikling av pleie- og omsorgstjenestene er den kritiske refleksjonen retningsbestemt. I denne læringsdimensjonen ransaket deltagerne individuelt og i fellesskap egen praksis og så denne i forhold til Kvalitetsforskriftens krav om å sikre personer som mottar pleie- og omsorgstjenester grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel (Kvalitetsforskriften 1997, § 1).

Den kritisk reflekterende læringsdimensjonen hadde et "bottom-up" perspektiv, som innebar at tjenesteutøverne stilte kritiske spørsmål både ved egne arbeidsformer og ved arbeidslagets og organisasjonens etablerte strukturer. I dette perspektivet var tjenesteutøvernes kritiske selvrefleksjon rettet mot praksissituasjoner som vedvarende ble utfordret av de faglige ressursene i arbeidslaget. I den kritiske refleksjonen og vurderingen av arbeidsformene

diskuterte deltagerne hvordan de kunne utvikle alternative arbeidsformer som kunne bidra til å styrke brukernes/pasientenes medvirkning og gi større forutsigbarhet i tjenestene.

Kritisk selvrefleksjon, reflekterende dialoger og aktiv bruk av generalisert kunnskap

Kritisk selvrefleksjon og vurdering av arbeidsformene ble ofte reist i tilknytning til presentering av hverdagslige situasjoner hvor tjenesteutøveren opplevde å ikke lykkes. I denne forbindelsen ble det noen ganger også reist spørsmål om fortolkningen av målsettingen i Kvalitetsforskriften, § 1 som vektlegger ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel. Situasjoner som ofte ble tatt opp var hva tjenesteutøveren burde gjøre når pasienten avsto hjelpetilbudet helt eller delvis, som for eksempel når en eldre skrøpelig person ikke vil pusse tenner eller ikke vil spise:

*”Skal jeg ta ’nei for et nei’?” Hva vil være konsekvensene da? Og, finnes det andre måter å gå frem på, hvor jeg samtidig bevarer respekten for pasientens ønsker?”
(feltnotat/gr C/spl/t 6)*

I utveksling av synspunkter og søken etter forståelse og alternative tiltak foreslo en erfaren hjelpepleier, som kjente denne pasienten godt, at løsninger må tilpasses den enkeltes situasjon:

”Det nytter ikke gå rett på, må gå runder hos han” (feltnotat/gr C/hj.pl/t 6).

Utvikling av dømmekraft og faglig skjønn dreide seg om å tolke pasientens verbale og nonverbale uttrykk, konsekvensene av pasientens adferd og holding i forhold til egen helse. Alternative forståelsesformer fordret innsikt i pasientens situasjon over tid, og at tjenesteutøveren hadde et repertoar av alternative handlinger. Å gå runder kunne dreie seg om å finne ”arbeidsrytmen” hos pasienten, være tålmodig og var i samhandlingssituasjonen. Reflekterende praksistilnæringer fordret oppmerksomhet mot kontinuitet i relasjonen mellom primærkontakten og pasienten, og følgelig systematisk organisering av tjenestene på hver vakt.

Tjenesteutøverne tok opp flere situasjoner de opplevde vanskelig i møtet med pasienter med alvorlig grad av demens. En erfaren hjelpepleier presenterte en spisesituasjon hvor hun matet en pleietrengende og alvorlig dement beboer på rommet i sykehjemmet:

”Hun spiser godt. Hun nærmest gaper som en trostunge. Jeg gir henne yoghurt, det liker hun. Men, jeg skulle ikke sagt fra da hun begynte å spytte! Skulle ikke sagt ’nei – det må du ikke!” Hjelpepleieren legger trykk på stemmen og legger til: ”Skal ikke gi skyldfølelse! Jeg burde heller ha spurt om hun var forsynt. Det er vanskelig å vite når hun har fått nok” (feltnotat /gr A/hj.pl/ t 3).

Den erfarne hjelpepleieren, som var godt kjent med pasientens ønsker, rettet oppmerksomheten mot pasientens adferd og respons på hennes handling. Hun understreket sin innsikt ved bruk av stemmen, og innsikt i alternative handlingsmåter. I den reflekterende dialogen gav gruppen hjelpepleieren anerkjennelse for hennes faglige skjønn og støttet hennes mestring av situasjonen. På neste gruppemøte tok hjelpepleieren imidlertid opp igjen situasjonen, og hun hadde da med seg et notat fra et kurs om kommunikasjon med demente hun hadde vært på. Hjelpepleieren refererte noen hovedpunkter fra notatet for medarbeiderne:

- ”- senk toneleiet når du må snakke høyere*
- snakk langsomt med korte setninger*
- vent på svar*
- be om å få høre beboerens ønske en gang til om du ikke får svar eller ikke selv forstår*
- fortsett med forslag til eventuell avklaring*
- unngå å gi beboer skyldfølelse” (feltnotat /gr A/ hj.pl/t 3).*

Hjelpepleierens kritiske selvrefleksjon motiverte henne til å finne frem de normative kravene hun tidligere hadde lært i et faglig kurs. Ved å diskutere de generelle normene i relasjon til denne beboerens situasjon på nytt i ressursgruppen, fikk deltagerne både kjennskap til de generelle kommunikasjonsnormene og det ble skapt et kritisk rom som hjalp både sykepleierne, hjelpepleierne og assistentene å få øye på detaljer av betydning for ny og bedre handling. På denne bakgrunnen diskuterte gruppen hvordan hjelpepleieren kunne ha oppfattet signaler fra pasienten tidligere og slik sett reagert før kvinnen spyttet ut maten. Oppmuntring til denne formen for kritisk selvrefleksjon i ressursgruppene med aktiv bruk av generalisert kunnskap stimulerte deltagerne til ettertenksomhet og alternative handlingsforslag.

Selvrefleksjonen og de reflekterende dialogene i ressursgruppene kjennetegnes som tidligere nevnt av at alle deltagerne presenterte egne standpunkter og utvidet sin forståelse gjennom de interaktive dialogene. Idealet å stille seg åpen og undrende, heller enn konkluderende, skapte rom for det Habermas (1999) omtaler som en herredømmefri argumentasjon, tidligere omtalt som aksjonsforskningens demokratiske ideal. Kritisk refleksjon innbefattet i tillegg også vurdering av arbeidsformene sett i lys av grunnleggende normer, verdier eller standarder. I ressursgruppene utviklingsarbeid var Kvalitetsforskriftens (1997) krav om pasientens medvirkning i den daglige gjennomføring av pleien en vesentlig norm som stimulerte deltagerne til kritisk å vurdere spesifikke praksissituasjoner og arbeidsformer. I denne kritiske læringsdimensjonen videreutviklet deltagerne primærkontaktens funksjon, som utdypes i senere avsnitt.

Økningen i antallet pasienter med alvorlig demens utfordret arbeidslagets ressurser

I løpet av forskningssamarbeidets tredje fase (termin 5-8) økte antallet hjemmeboende pasienter med alvorlig demens som ventet på plass i sykehjemmet, og det ble registrert en økning i antallet pasienter med alvorlig demens og sterkt pleiebehov i sykehjemsavdelingen. Dette utfordret hele arbeidslaget og ressursgruppene A (Avdelingen) og D (Psykiatri/demens) sine faglige ressurser på to ulike områder. Først og fremst i forhold til økende behov for spredning av kunnskaper om demens, og dernest den totale fordelingen av personalet gjennom døgnet.

Utfordringer i ressursgruppe D

I gruppe D som hadde temaet demens som sitt faglige ansvarsområde, vektla deltagerne gjennomgang av primærpasientene og diskuterte tilrettelegging av individuelle tiltak i pasientens situasjon. Ved hjelp av en ressursperson fra sykehjemmets spesialiserte demensenheter ble deltagerne i gruppe D i termin 6 og 7 oppfordret til å lese relevant litteratur om demens, som Knut Engedals lærebok: Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis (2000) og Kommuneforlagets Asta-serie³⁶ (2001). Gruppen gikk sammen gjennom det standardiserte observasjonsskjemaet: OBS-demens³⁷. Gruppens deltagere fikk også tilbud om deltagelse på kurs om demens i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Opplevelsen av travelhet og manglende kontinuitet i ressursgruppe D forsinket fremdriften i dette arbeidet. Deltagerne ønsket primært å diskutere aktuelle praksissituasjoner. Ingen deltagere i ressursgruppen tok imot kurstilbudet.

Utfordringer i ressursgruppe A

Når pasientene med alvorlig grad av demens og stort pleiebehov ble overført fra spesialiserte demensenheter i sykehjemmet til sykehjemsavdelingen, etterspurte deltagere i gruppe A opplysninger om tidligere funksjon og interesser gjennom skriftlig og muntlig rapportoverføring. Opplysningene var imidlertid sparsomme.

Som nevnt tidligere tok deltagerne i gruppe A, ofte opp hvordan de skulle tolke pasientens tegn og tilrettelegge hverdagen på best mulig måte. I termin 5 rapporterte en av

³⁶ Kommuneforlagets Asta-serie består av flere mindre håndbøker, som er pedagogisk tilrettelagt for personalet i demensomsorgen. Gruppe D leste: Skaug, L (2001) *Asta og hennes nærmeste* og Edgren, M.G.&Rausch, B (2001) *Asta og hennes rettigheter*

³⁷ OBS-demens; vurderingsskjema for eldre med mental svikt og demens. Utviklet av Per Kristian Haugen og Arnfinn Ek ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

primærkontaktene at en pasient med alvorlig grad av demens hadde utviklet *trykksår* (gruppe A/t 5). Første gang ble det omtalt som et sår på hælen. I neste ressursgruppemøte ble trykksår rapportert som en bekymring, ettersom det var observert forverring. En grundigere gjennomgang med fokus på forebygging av alle grader av trykksår hos alle pasientene i sykehjemsavdelingen avdekket at dette var et problemområde som tidligere ikke hadde forekommet. Det ble rapportert at en alvorlig dement beboer ofte var urolig om natten, at bandasjer falt av. De nye sykepleierne i sykehjemsavdelingen, som ble ansatt på slutten av termin 5, manglet ferdigheter i stell av trykksår. For å styrke sårbehandlingen fikk sykepleierne i ressursgruppe A veiledning fra kolleger i ressursgruppe C som hadde fokus på sår i tillegg til daglige aktiviteter (ADL).

På tross av forbedringer i sårstell rutine og individuelle forebyggende tiltak, endret ikke situasjonen seg de nærmeste månedene og problemstillingen ble tatt opp på nytt av sykepleierne i termin 6. Ressursgruppens deltakere uttrykte bekymring for at pasientene ble sittende for mye i ro på dagen i harde rullestoler og lå for lenge stille om natten uten tilfredsstillende tilsyn og trykkavlastning. At pasientene med alvorlig demens var inkontinente for urin og avføring gjorde også sårstellsituasjonene kompliserte. Sykepleierne vurderte behovet for trykkavlastende tiltak som alvorlig og tok initiativ til å vurdere muligheten for nye senger og madrasser i termin 6/7.

Med en styrket faglig kvalitetsbevissthet argumenterte deltagerne i ressursgruppe A for at det var helt nødvendig i større grad å tilrettelegge ivaretagelse av pasienter med alvorlig demens' behov ved døgkontinuerlig tilsyn. Primærkontaktene uttrykte stor bekymring for "sine" primær pasienters velferd og helsetilstand. Noen primærkontakter var også urolig for pårørendes reaksjoner om de visste hvor lite tilsyn pasientene fikk spesielt på natten.

"Jeg håper de (pårørende) ikke spør, for da vet jeg ikke hva jeg skal svare. Det er jo ingen fast her i avdelingen på natta" (feltnotat/erfaren ass/gr.A/ t 6).

Primærkontaktens kunnskap om den enkelte pasientens helsesvikt avdekket at pasientene var hjelpeløse da de ikke kunne be om hjelp selv. Å vite at det ikke var fast personale på nattvakt i sykehjemsavdelingen hos et økende antall alvorlig syke beboere med kognitiv svikt og sterkt pleiebehov, var bekymringsfullt. Selv om ressursgruppens deltakere sørget for detaljert og direkte rapportering om viktige tiltak til nattvaktene som gikk runder i sonen, mente ressursgruppens deltakere at dette på ingen måter var tilfredsstillende:

”Hun kan bli liggende våt (inkontinent) i timevis på natten, så det er jo ikke så rart at (trykk)sårene ikke vil gro. Det er ikke slik jeg vil ha det. Det er uforsvarlig” (feltnotat/gr A/hj.pl/ t 6).

Ressursgruppens faglige norm var at personer med alvorlig demens, er alvorlig syke og bør ha tilsyn tilgjengelig kontinuerlig, da de ikke kan be om hjelp selv til grunnleggende behov.

Den totale personalfordelingen i arbeidslaget mellom dag, kveld og natt kom med dette i ett nytt lys. Det var ikke fast personale i sykehjemsavdelingene på natt. Nattvaktene hadde ansvar i hele sonen og gikk rundt. Personalet på natt ble heller ikke administrert direkte fra avdelingslederen i arbeidslaget, men via arbeidslagssekretæren i det andre arbeidslaget i sonen. Da nattvaktene hadde faste nattvaktsmøter, foreslo ressursgruppe A et dialogmøte med nattvaktene. Forslaget om dialogmøte ble fremmet både gjennom arbeidslagets avdelingsleder til avdelingsledergruppen og gjennom forsker til virksomhetsleder direkte, men gruppen fikk ingen respons. Da ressursgruppen ikke kunne påvirke personalressursene utover å rapportere svikten, fant de i fellesskap frem til alternative løsninger som å skrive lister til nattvaktene med pasientnavn og forslag til trykkavlastende tiltak som: ”snuing”, ”vandrende puter”, forsiktig skift av bleier selv om pasienten sover for å holde trykksår tørre og ekstra tilsyn for å se at pasienten ikke var falt ut av sengen eller lå våt uten sengetøy. Det ble også vurdert å kjøpe inn spesielt natt tøy slik at en pasient ikke kunne ta det av om natten og bli nedkjølt.

Økningen i antallet pasienter med alvorlig demens og stort pleiebehov, avdekket manglende fagkompetanse og utilfredsstillende personellressurser og materielle ressurser. Deltagerne i ressursgruppen gjorde en grundig vurdering av alle mulige madrasser og utstyr til trykkavlastning. Det ble vurdert om mer aktive pasienter kunne bytte madrass og man vurderte bytte av madrasser mellom avdelinger. Ettersom personalet i arbeidslaget arbeidet både i hjemmesykepleien og i sykehjemmet, undret deltagerne i ressursgruppene seg over at det eksisterte ulike henvisningssystemer for materielt sengeutstyr. Arbeidslagets leder redegjorde for at de i sykehjemmet ”måtte sette madrasser på budsjettet”, mens alvorlig syke i hjemmesykepleien kunne få slike madrasser refundert gjennom folketrygdsystemet:

”Noen må dø før vi får ledige madrasser nå, her (sykehjemmet). Det nytter ikke be om det nå. Vi setter som regel opp ønsker på utstyr på slutten av året, når de ser om det er noen penger igjen på budsjettet” (oppsum.intervj/arb.leder/termin 7).

Sykepleierne i ressursgruppen vurderte mangelen på trykkavlastende madrasser til å forebygge trykksår hos økende antall sterkt pleietrengende pasienter i sykehjemmet som en alvorlig systemsvikt. Ressursgruppens faglige argumentasjon ble lagt frem for

virksomhetsleder i felles oppsummeringsmøte, men deltagerne fikk ingen direkte tilbakemeldinger. Erkjennelsen i ressursgruppen var at de manglet tilgang til materielle ressurser som kreves for at de skal kunne utføre viktige arbeidsoppgaver på en optimal måte.

Det kollektive utviklingsarbeidet rettet mot primærkontaktfunksjonen

Den kommunale målsettingen for integrerte pleie- og omsorgstjenester fordret at alle arbeidslag var organisert med grunnlag i primærkontaktsystemet (se kap. 5.1). Dette ble også identifisert som et ønskelig mål i det innledende forskningssamarbeidet (termin 1). Etter etableringen av ressursgruppene foregikk fordelingen av primærkontakter til pasientene i sykehjemsavdelingen i fellesskap i ressursgruppe A, mens fordelingen i hjemmesykepleien oftest ble foretatt av arbeidslagets leder etter ”førstegangsbesøket”. Fordelingen tok flere hensyn. Primærkontakten skulle være en fast person, helst en hjelpepleier eller sykepleier, men også noen faste assistenter var primærkontakter for beboere i sykehjemsavdelingen. For å tilfredsstille kravet om kontinuitet (Kvalitetsforskriften § 3) skulle primærkontakten ha halv stilling eller mer. Nye medarbeidere fikk tildelt primæransvar gradvis etter opplæring. Sykepleierstudenter og hjelpepleierelever fikk i deres praksisperioder delt primæransvar sammen med pasientens primærkontakt. Tverrfaglige medarbeidere som ergoterapeut og fysioterapeut var ikke primærkontakter, da de var tilknyttet sonen og ikke arbeidslaget.

Etter den andre fasen i forskningssamarbeidet (termin 2-4), utarbeidet arbeidslagets leder forslag til lokale retningslinjer for primærkontaktfunksjonen som ble lagt frem for diskusjon i de årlige planleggingsseminarene i termin 6 og revidert forslag i termin 8.

Funksjonsbeskrivelsen ble utarbeidet på bakgrunn av eksisterende praksis med hovedvekt på utviklingen av individualiserte tjenester, brukermedvirkning og koordinerende funksjoner (Se Tabell 15 Utvikling av primærfunksjonen, venstre kolonne). Etersom personalet i arbeidslaget ivaretok tjenester i ulike kontekster og i forhold til mennesker i ulike aldre med ulike behov for hjelp, diskuterte hver ressursgruppe lederens forslag og tilpasset primærkontaktfunksjonen til den aktuelle ressursgruppens kontekst (Tab. 15, midtre kolonne). De lokale retningslinjene i ressursgruppene ble videre tilpasset i forhold til den enkelte pasients situasjon, ønsker og behov, slik eksemplet under viser for NN i gruppe A (Tab.15 høyre kolonne):

Tabell 15: Utvikling av primærfunksjonen i arbeidslaget

ARBEIDSLAGSLEDERS RETNINGSGIVENDE FORSLAG	PRIMÆRKONTAKTENS OPPGAVER I SYKEHJEMSAVDELINGEN	DE VIKTIGSTE PRIMÆROPPGAVENE I FORHOLD TIL PASIENT NN
<p>Sykepleiere og hjelpepleiere er primærkontakter</p> <p><u>Primærkontaktens oppgaver:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - I samarbeid med bruker sørge for at brukerens grunnleggende behov blir ivaretatt - Være kontaktperson for pårørende - Være kontaktperson for fysioterapeut, ergoterapeut, lege og andre avdelinger eller institusjoner - Revurdere tjenesten til brukeren i forhold til endringer i funksjonsnivå/helsetilstand - Ajourføre T-kort og hovedkort og sørge for at de gir et riktig bilde av brukerens situasjon til enhver tid - Bestille medisiner, inkontinensutstyr, toalettartikler ved behov - Rapporteringsansvarlig overfor gruppe medlemmene og ansvarlig sykepleier 	<p>Innhente opplysninger om beboers bakgrunn og interesser</p> <p>Innhente tverrfaglige kunnskaper</p> <p>Få et godt samarbeid og kontakt med bruker</p> <p>Sørge for medisinsk faglig hjelp (tannlege, lege, fysio, ergo)</p> <p>Merke tøy i samarbeid med bruker og pårørende og se til at bruker har alt hun/han trenger til enhver tid og anledning</p> <p>Ajourføre T-kort i samarbeid med avdelingsleder</p> <p>Gi rapport hvis noe skjer til sykepleier</p>	<p>Være hos – innebærer at primærkontakten er mentalt innstilt på å være hos sin primærbruker.</p> <p>Være en kontaktperson for de pårørende – innebærer å svare på spørsmål og holde kontakt med de som kommer på besøk. Det er viktig å snakke med de pårørende sammen med pasienten.</p> <p>Være den som koordinerer tiltak – innebærer å følge opp tiltak og gi beskjed til andre ved f.eks å skrive beskjeder i den gule boka, ajourføre t-kortene</p> <p>Ha medansvar sammen med avdelingspsykepleier for pasientens økonomi- innebærer å samarbeide med hjelpeverge (oppnevnt av overformynderiet). Da pasienten ikke uttrykker ønske om nytt tøy, må primærkontakten i god tid sammen med pasienten se etter hva som trengs av varmt vintertøy, undertøy/strømper, sko/støvletter. Tenk på at tøyet skal vaskes og være greit å ta av og på..</p> <p>Ha medansvar sammen med avdelingsleder for pasientens medisinske tilstand – innebærer å kjenne til pasientens medisinske tilstand/diagnoser og observere tegn på endringer samt administrere legemidler fra ukedose og observere virkning og bivirkninger. Minst en gang i året skal det gjennomføres en helseundersøkelse av lege.</p> <p>Ha ansvar for sykepleiedokumentasjonen i kardex – innebærer å se etter at viktige opplysninger stemmer og at pleieplanen er ajourført. Gamle papirer arkiveres i samarbeid med avdelingsleder. Pleieplanen drøftes på gruppemøtet.</p>

Ressursgruppene prøvet ut de foreslåtte retningslinjene i tilknytning til presenteringer av ulike situasjoner. Retningslinjene for primærkontaktfunksjonen ble også anvendt i opplæring.

Det kollektive kvalitetsutviklingsarbeidet med definering av primærkontaktens funksjon, engasjerte alle medarbeidere. Gjennom kritisk refleksjon med basis i Kvalitetsforskriftens krav og den kommunale normen om primærkontakter tok deltagerne tak i eksisterende praksis og tilpasset funksjonen til deres kontekst. Anvendelsen av gruppens definerte primærfunksjonsoppgaver ble videre tilpasset til den enkelte pasient som bidrog til at primærkontaktens ansvar ble styrket.

Utvikling av samarbeidsavtaler i hjemmebasert omsorg

Med den integrerte organiseringen i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen var en av forutsetningene at hjemmehjelp, hjemmesykepleie og tjenester i en sykehjemsavdeling skulle samordnes av en arbeidslagsleder (se kapittel 5.1). I det innledende forarbeidet kom det frem at hjemmehjelperne ikke var integrert i arbeidslaget som forutsatt, men ble organisert av en felles koordinator i sonen. I følge arbeidslagets leder fikk hjemmehjelperne flest klager fra brukerne. For å styrke hjemmehjelpstjenesten ble det opprettet en ressursgruppe for hjemmehjelpere, gruppe E ”Hjemmehjelp”, som hadde tilhørighet til arbeidslaget på slutten av termin 4. Arbeidslagets sekretær som var en erfaren hjelpepleier, ble utnevnt som leder for ressursgruppen og som veileder for hjemmehjelperne.

Alle hjemmehjelperne arbeidet på dagtid, og oppslutningen om hjemmehjelpsgruppen (ressursgruppe E) var svært god. Det ble satt av tid på samme måte som for de øvrige gruppene og deltagerne startet med presentering av kjente situasjoner i den første terminen (termin 5). Hjemmehjelperne tok spontant opp situasjoner de syntes var vanskelige som sjenerende urinlukt, truende adferd og alvorlige alkoholproblemer og hjemmesituasjoner hos personer med alvorlig grad av demens. Noen hjemmehjelpere opplevde det vanskelig at brukere hadde mange katter. Spørsmål som: ”hva gjør vi dersom bruker ikke åpner døren, når vi ringer på?” ble også aktualisert i samtalene.

Selv om hjemmehjelperne hadde 3-4 besøk pr dag, som var langt færre enn i hjemmesykepleien, opplevde de ofte at brukerne eller deres pårørende mente det ble satt av for lite tid til den enkelte. Gjennom presenteringen av enkeltsituasjoner, diskuterte gruppen derfor ofte felles arbeidsnormer, som f. eks ”vi gjør ikke hovedrent” og ”vi vasker vinduer kun 2 ganger i året”. Mens de erfarne hjemmehjelperne fant måter å gjennomføre nødvendig renhold på, som for eksempel å vaske kjøleskapet, se over kjøkkenviften og vaske ett vindu av gangen i tillegg til de oppsatte oppgavene, strevde uerfarne hjemmehjelpere med å avpasse tiden og arbeidsoppgavene. Gruppen mente vikarer hadde vanskelig for å avgrense arbeidsoppgavene. Vi valgte derfor systematisk å gå gjennom det tradisjonelle hjemmehjelpsarbeidet slik de erfarne hjemmehjelperne mente det kunne utføres best mulig, ved å gå gjennom hvordan de samarbeidet med den enkelte bruker og hvordan de arbeidet rom for rom. I termin 6 gikk gruppen også gjennom lærebøker fra videregående skole om renhold i omsorgsfag (Skjetne og Mortensen 1996; Pettersen 1999) og ulike renholdsavtaler utarbeidet av private aktører.

Hjemmehjelpstjenesten har vært og er regulert av Lov om sosiale tjenester (LOV – 1991 Sosialtjenesteloven). Dette innebærer blant annet at hjemmehjelperne tradisjonelt ikke har dokumentert de utførte oppgavene på annen måte enn ved kvittering for oppdraget. Med økende kompleksitet og skrøpeligheit hos brukerne, stilte både hjemmehjelpskoordinatoren og arbeidslaget leder spørsmål ved om dette var en tilfredsstillende praksis i arbeidslaget. Innsyn i de kompliserte situasjonene som hjemmehjelperne beskrev i sine presentasjoner, styrket spørsmålet om dette var en faglig forsvarlig praksis i henhold til Helsepersonelloven § 4. Hjemmehjelperne vurderte også hjemmehjelpspraksis som i stor endring. Mens de tidligere kunne ta en kopp kaffe hos noen, var det nå ikke tid til å gjøre mer enn det praktiske arbeidet. For å avgrense og kvalitetssikre hjemmehjelpsarbeidet valgte gruppen på bakgrunn av kartleggingen av hjemmehjelpsfunksjonen, å utvikle og prøve ut en standardisert ”Samarbeidsavtale for hjemmehjelp” som utgangspunkt for utarbeidelse av individuell avtale med hver bruker. Det ble samtidig utviklet en veileder for personalet. Samarbeidsavtalen³⁸ omfattet 13 områder:

- Avtale om vedtak, dato for revurdering, navn og adresser
- Praktiske forhold / rutiner
- Tiltaleform
- Tidspunkt for hjemmehjelp
- Nøkkel
- Kjøkken
- Bad
- Stuen
- Soveværelset
- Gang
- Klesvask
- Handling
- Vinduspuss
- Økonomi
- Brannforebyggende tiltak
- Fall forebyggende tiltak

Hjemmehjelpskoordinatoren sørget for at alle i ressursgruppe E fikk gjennomgått innholdet i Samarbeidsavtalen og ble gjort kjent med hensikten. Hun gjennomførte også besøk sammen med nye hjemmehjelpere og hjemmehjelpere som ønsket det, der de gikk gjennom samarbeidssamtalen med en bruker og den faste hjemmehjelperen i fellesskap. Brukerne ble forespurt om de ønsket en slik avtale på forhånd. Det ble satt av god tid og gjort notater

³⁸ ”Samarbeidsavtalen for hjemmehjelp” ble omtalt i kortformen ”Samarbeidsavtalen” av hjemmehjelperne.

underveis om det man kom frem til i løpet av samtalen, rom for rom. Etter at avtalen var undertegnet ble den oppbevart i arbeidslaget og bruker fikk kopi.

Hensikten med avtalen var å styrke samarbeidet med bruker. Målet var å ikke overta det bruker eller pårørende kunne klare selv. Derfor ble bruker og pårørende alltid nevnt først i hvert punkt. Arbeidslaget ønsket å gi en brukerorientert hjemmehjelpstjeneste. Det ble vurdert at prøvefasen skulle vare i 10 uker eller til 10 avtaler var inngått (termin 6), og deretter evalueres.

I utprøvningsfasen ble en rekke spørsmål tatt opp i ressursgruppen, som for eksempel:

"Hva gjør vi dersom bruker ikke ønsker hjelp på enkelte områder eller vil ta det lettvint?"

"Hvordan kan vi bruke Samarbeidsavtalen hos demente?"(Feltnotat/gr E/t6).

Utfyllingen av skjemaet aktualiserte hvordan den enkelte hjemmehjelper samarbeidet med bruker. En erfaren hjemmehjelper mente det var viktig å være avventende i begynnelsen: *"må jo se det litt an - og særlig hos demente"*. En annen mente hun selv kunne se hva som var nødvendig å gjøre i hjemmet, uten at bruker gav uttrykk for det: *"jeg ser jo litt selv"*. En hjemmehjelper lurte på: *"om brukeren skjønner hva dette går ut på?"*. Ettersom arbeidet med Samarbeidsavtalen var en del av arbeidslagets tjenesteutviklingsarbeid, var alle i gruppen opptatte av å informere brukerne om hensikten. Det ble også understreket at det var den hjemmehjelperen som kjente brukeren best som skulle gå gjennom samarbeidsavtalen, for å gi et så riktig bilde som mulig. I samtale med brukerne tok hjemmehjelperne også opp hva hjemmehjelperen ikke kan gjøre, som for eksempel: *"ikke hovedrengjøring"*.

Utprøvningsperioden (termin 7) og evalueringen av erfaringene fra bruk av Samarbeidsavtalen i hjemmehjelpstjenesten var svært positiv.

"Vi har blitt dyktigere. Ser mer hos brukerne, går inn med et annet syn etter vi begynte med Samarbeidsavtalene. Jeg har blitt mer bevisst. Har blitt mer helhet i hverdagen" (oppsum.intervju/hj.hjelpskoordinator/ t 9).

Hjemmehjelperne erfarte at både brukere og pårørende opplevde gjennomgangen av de 13 områdene som relevante og nyttige. Noen pårørende gav uttrykk for at Samarbeidsavtalen inneholdt mer enn de var klar over hjemmehjelperne gjorde, og flere tilbød seg derfor å ta over enkelte oppgaver som for eksempel brannforebyggende tiltak som rengjøring av kjøkkenvifter eller fallforebyggende tiltak ved løse tepper, og handling. Selv om kartleggingen var omfattende, førte ikke dette til merarbeid i tjenesteutøvelsen.

Ressursgruppens oppsummerte erfaring var at Samarbeidsavtalene bidro til å avgrense oppgavene og styrket samarbeidet med den enkelte bruker.

Standardisering og lokal spredning av Samarbeidsavtalen

Etter den positive evalueringen av prøveperioden (termin 7) med "Samarbeidsavtale for hjemmehjelp" og den tilhørende "Veilederen til personalet" ønsket deltagerne i ressursgruppe E å tilby Samarbeidsavtalen til alle hjemmehjelpsbrukerne som ønsket det. Hjemmehjelperne ønsket å standardisere denne praksisen. Etersom Samarbeidsavtalen representerte en ny praksis i hjemmehjelpsarbeidet ønsket gruppens deltagere også å spre ideen til hjemmehjelperne i det andre arbeidslaget i sonen. Hjemmehjelperne i de to arbeidslagene hadde felles hjemmehjelpsadministrator.

De positive erfaringene med utvikling og utprøving av Samarbeidsavtalene i hjemmehjelpstjenesten ble formidlet av både arbeidslagets leder og av forsker i oppsummerende samtaler med virksomhetsleder.

Arbeidslagets leder kunne også dokumentere at antallet klager på hjemmehjelpstjenesten i arbeidslaget var blitt betydelig redusert i løpet av termin 6 og 7:

"Jeg får ikke så mange klager på hjemmehjelperne nå som før. De har ikke mer tid, så jeg tror det har å gjøre med den gruppen og (samarbeids)avtalene" (Oppsum. intervju/arb.l/t 7).

På vegne av ressursgruppe E la forsker sammen med arbeidslagets leder frem forslag for virksomhetsleder om å tilpasse kartleggingen i Samarbeidsavtalen til det eksisterende dataverktøyet for å videreføre arbeidet også i det andre arbeidslaget i sonen. Dette ble ikke imøtekommet. Bruken av det interne arbeidsverktøyet som var utviklet som en skriftelig Samarbeidsavtale, ble derfor avgrenset til kun dette ene arbeidslaget. Forslaget om standardiseringen av den skriftelige Samarbeidsavtalen for hjemmehjelp i virksomhetens eksisterende praksis, kan sees i lys av de generelle kravene til dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenestene. Utfordringene dette reiste diskuteres videre i kapittel 10 .

"Samarbeidsavtale for hjemmesykepleie"

Parallelt med utviklingen av "Samarbeidsavtalen i hjemmehjelpstjenesten, diskuterte deltagerne i den tverrfaglige ressursgruppen C muligheten for bruk av en enkel hjemmejournal for styrke informasjonen og den hjemmeboendes medvirkning i planleggingen i hjemmesykepleien. Praksis i hjemmesykepleien var at sykepleiedokumentasjonen ble oppbevart på vaktrommet. Spesielt på kvelden og i helgene erfarte personalet i hjemmesykepleien at de savnet tilgjengelig informasjon hos brukerne. Sykepleierne savnet også dokumentasjon hos brukerne når de ble "oppkalt". Sykepleiernes journal, inklusive hjemmejournaler er hjemlet i Forskrift om pasientjournal (2001). Gruppens

kritiske refleksjon innebar følgelig både hensynet til samarbeidet med brukerne i hverdagens praksis, ønske om mer tilgjengelig informasjon i akutte situasjoner og kravene om forsvarlig oppbevaring av pasientopplysninger i pasientjournaler:

”Vi diskuterte hjemmejournalen, spesielt med hensyn til datasamling og vurderingsark. Trenger all informasjon om brukeren ligge i hjemmet? (Notat fra gruppe C/spl/ t 6).

Deltagerne i ressursgruppe C mente samarbeidet med den hjemmeboende ville styrkes om de brukte hjemmejournaler. Arbeidslagslederen vurderte faren for dobbelt journalføring som en svakhet, men støttet forslaget om en utprøvningsperiode. På grunn av kravene om forsvarlig oppbevaring av pasientjournalen utviklet deltagerne i gruppe C en enkel ”Samarbeidsavtale for hjemmesykepleie” som primærkontaktene prøvet ut som et arbeidsdokument i termin 7.

”Vurderingsopplysningene bør ligge i arkivet, mens det som er i hjemmet er en samarbeidsavtale til bruk i det daglige” (Notat fra gruppe C/spl/t 6).

Med bakgrunn i erfaringer fra hjemmehjelperne var intensjonen å definere hva brukeren kunne klare selv, hva pårørende kunne bidra med og hva hjemmesykepleien skulle yte av hjelp. For å styrke kunnskapen om dokumentasjon og pasientjournaler i hele arbeidslaget inviterte deltagerne i gruppe C til et internt dagsseminar om dokumentasjon med deling av erfaringer på tvers av alle ressursgruppene i arbeidslaget (termin 7). Avdelingslederen støttet også aktivt utprøvingen av Samarbeidsavtalen i hjemmesykepleien:

”Sett av tid fra kl 11. Ta 2 avtaler hver dag” (Feltnotat/arb.l i gr C/ t 7).

Ved oppsummeringen etter termin 7 evaluerte deltagerne utprøvingen av ”Samarbeidsavtale for hjemmesykepleie” som svært positiv sett både fra brukere, pårørende og pleierne i ressursgruppen.

”Pårørende tar på seg faste oppgaver i hjemmet, når vi lager avtalen sammen” (feltnotat/oppsum gr C/hj.pl/ t 7).

”Jeg har gjennomført 11 (samarbeids)avtaler for mine 13 primære. Spørsmålene er rettet mot pasientens egen mestring, det er utgangspunktet” (Feltnotat/oppsum gr C/hj.pl/t 7).

I gruppens oppsummering presenterte hjelpepleieren som hadde anvendt Samarbeidsavtalen mest aktivt, hvordan hun samarbeidet med primærpatientene og pårørende når de gikk gjennom avtalen. I den reflekterende dialogen ble det også stilt kritiske spørsmål om det kunne skapes behov ved å presentere en liste av områder. Tre hjelpepleiere, en sykepleierstudent, en hjelpepleierelev som hadde mest erfaring med bruken av Samarbeidsavtalene var positive. Sykepleieren i gruppen var midlertidig sykemeldt. Pleiernes

erfaring var at de *ikke hadde fått mer å gjøre*. I stedet for å vente på at pasientene i hjemmesykepleien skal be om hjelp til ulike aktiviteter i dagliglivet (ADL) mente deltagerne gjennomgangen av Samarbeidsavtalen med brukeren var bevisstgjørende. Å ta opp spørsmålene dreide seg om en holdning preget av grunnleggende tillit og åpenhet.

”At alle spørsmålene taes opp med bruker, skaper tillit og åpenhet” (feltnotat/oppsummer C/ergoterapeut/ t 7).

De positive erfaringene med Samarbeidsavtalene i de hjemmebaserte tjenestene ble videreformidlet til virksomhetslederen underveis av arbeidslagets leder. Personalet i ressursgruppene C og E og arbeidslagslederen fikk imidlertid ingen tilbakemelding, verken positivt eller negativt i forhold til deres faglige argumentasjon om å fortsette arbeidet med standardiseringen av Samarbeidsavtalene som arbeidsverktøy i hjemmesykepleien og i hjemmehjelpstjenesten.

Det lokale utviklingsarbeidet med Samarbeidsavtalene i hjemmebaserte tjenester var inspirert både av Kvalitetsforskriftens krav om skriftelige prosedyrer som fremmer brukermedvirkning (Kvalitetsforskriften 1997, §3) og de nyere forskriftene om individuelle planer (2001) og Forskrift om pasientjournal (2001). Det systematiske utviklingsarbeidet bidro til konkrete endringer i tjenesteutøvelsen og styrket hjemmeboende brukeres medvirkning.

Utviklingsarbeidet i arbeidslaget krevde ingen særskilte kostnader utover arbeidet i ressursgruppene, men uten aktiv støtte fra virksomhetslederen stoppet det videre arbeidet med standardisering av Samarbeidsavtalene og kunnskapsspredning i organisasjonen (termin 8).

Utfordringene dette reiste diskuteres videre i kapittel 11.2

Kritisk vurdering av sykepleiernes funksjon i arbeidslaget

I oppsummeringen etter termin 4 og 5 ble det pekt på at sykepleierne og i særlig grad arbeidslagslederen opplevde et stort arbeidspress. I termin 5 var 4,5 av 6,5 sykepleierstillinger vakante i arbeidslaget, mens alle hjelpepleierstillingene var besatt. En hjelpepleier, ellers ufaglærte vikarierte i de vakante sykepleierstillingene. Mot slutten av termin 5 ble det ansatt to sykepleiere.

Som tidligere nevnt, var sykepleierne kritiske til opplæringen i arbeidslaget, og deres erfaringer var at det tok tid å bli kjent med den sammensatte funksjonen med tjenester både i sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Etter planleggingsseminaret for termin 6 og 7 ble det derfor opprettet en arbeidsgruppe for å styrke sykepleierens funksjon i arbeidslaget.

Antagelsen var at de erfarne sykepleierne kunne dele sine erfaringer med de nyansatte

sykepleierne på tvers av ressursgruppene, og bidra til en kritisk gjennomgang av sykepleierfunksjonen i arbeidslaget. Det var særlig travelheten og hvordan de kunne håndtere de mange samtidige oppgavene som var i fokus:

”Dagene er lagt med et veldig tett program. 11 besøk i dag. Så kom oppkallinger fra både omsorgsboligen og fra sykehjemsavdelingen på akutt situasjoner. Det krever vurderinger og samarbeid med primærlege for beboeren i omsorgsboligen og personalet inne i avdelingen. Det blir jo umulig å være begge steder samtidig – så hva skal jeg gjøre?” (feltnotat/erfaren spl, ny i arbeidslaget/t 7).

Sykepleierne definerte faglige temaer de ønsket å diskutere, og prioriterte temaene i fellesskap. Sykepleiere med liten praksiserfaring ønsket særlig praktisk hjelp til prosedyrer, og ønsket ”å gå sammen” med en sykepleier som var mer erfaren.

”Det var ingen sykepleiere å lære av – man oppdager etter hvert hva hjelpepleierne ikke har nevnt, for eksempel hvordan bestille blodprøver (feltnotat/spl/t 6).

Alle sykepleierne ønsket å dele erfaringer fra situasjoner de opplevde som etisk utfordrende for å videreutvikle sitt faglige skjønn og dømmekraft i vanskelige situasjoner.

Sykepleiergruppen hadde 15 samlinger av 1 time i løpet av termin 6 og 7. De seks sykepleierne i arbeidslaget og psykiatrisk sykepleier fra sonen deltok i arbeidsgruppen, men på grunn av turnus var aldri alle tilstede samtidig. Avdelingsleder var ikke deltager i denne gruppen.

Kvalitetsforbedring innenfor arbeidslagets begrensede ressurser

Før ressursgruppene kom i gang hadde personalet i sykehjemsavdelingens liten erfaring med tverrfaglig samarbeid utover sykehjemslegens regelmessige besøk. Den kollektive holdningen i ressursgruppe A var at det tverrfaglige samarbeidet med fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom ikke fungerte:

”Det nytter ikke” (feltnotat/erfaren hj.pl/ gr A/ t 3).

Beboernes uttrykte ønsker om aktiviteter i de rolige timene på formiddagen, inspirerte imidlertid deltagerne i gruppe A til å be om assistanse fra fysioterapeuten i rehabiliteringsavdelingen, som var blitt fast deltager i gruppe C. Bakgrunnen for henvendelsen var at personalet i sykehjemmet erfarte at det tok uforholdsvis mye tid og ressurser å hjelpe beboere frem og tilbake til ”trimmen” på rehabiliteringsavdelingen. En alternativ løsning var å tilpasse aktivitetene i sykehjemsavdelingen. I samarbeid med fysioterapeuten og en erfaren assistent i sykehjemsavdelingen ble et enkelt trim program med musikk utviklet og prøvet ut sammen med beboerne på dagligstua i sykehjemsavdelingen.

Ved å lære opp en assistent til å gjennomføre trimprogrammet i sykehjemsavdelingen, kunne flere beboere ha glede av musikken og tidspunktet ble tilpasset rytmen i avdelingen. I stedet for å transportere pasientene frem og tilbake til rehabiliteringsavdelingen brukte personalet tiden sammen med pasientene. Inspirerte av denne nye måten å økonomisere tiden på innenfor egne ressurser, foreslå personalet i ressursgruppe A ytterligere aktiviteter som kunne bidra til å styrke det fysiske og sosiale miljøet i sykehjemsavdelingen med tilpassede aktiviteter:

”For å styrke beboernes opplevelse av årstidsvariasjonene, vil vi skifte gardiner i felles oppholdsrommene, stuen og kjøkkenet, sommer og vinter” (Notat gr A/t 8).

Ressursgruppen begrunnet skifte av gardiner med at dette var vanlig praksis i hjemmene tidligere. Å skifte gardiner med årstidene ville derfor kunne gi en passende ramme for felles beboeraktiviteter, som var i overensstemmelse med de eldres livserfaringer. En annen aktivitet var å forberede julen i god tid og prøve å skape forventninger til julehøytiden:

”Det var vanlig før – å henge opp rene julegardiner og skifte sommer og vinter gardiner i hjemmene tidligere” (feltnotat/avd.1 i gr A/termin 7).

I samtale med husøkonomen i sykehjemmet argumenterte ressursgruppen derfor for innkjøp av nye gardiner tilpasset årstidsvariasjoner og høytider for å styrke det fysiske miljøet tilpasset eldre beboere med alvorlig grad av demens og personer med god mental funksjon. Husøkonomen svar og argumenter var at skifte av gardiner ikke var satt inn på budsjettet, heller ikke vindusvask:

”Å skifte gardiner sommer og vinter er ikke noe vi har snakket om her (i ledermøter i institusjonen). Gardinene kan henge i mer enn 5 år hvis de ikke er utslitt.” Husøkonomens erfaring var at gardiner ordnes av personalet i avdelingen for innsamlede midler eller gaver personalet i avdelingen har fått. Når det gjelder vindusvask ser husøkonomen behovet, men: *”virksomhetsleder har skrudd igjen kranen”* (notat fra samtale med husøkonom/termin 7).

For å kunne skape årstidsvariasjoner i det fysiske innemiljøet, valgte ressursgruppens derfor å lete etter muligheter innenfor egne ressursrammer; ”ordne opp selv”. De hadde heller ingen forventninger om assistanse utenfor arbeidslaget. Solidariteten var rettet innad i arbeidslaget, og løsningsforslagene ble foreslått innenfor egne rekker. For å nå målsettingen om årstidsvariasjoner, bestemte deltagerne i ressursgruppen seg for å kjøpe inn vintergardiner til stuen og julegardiner til avdelingens åpne kjøkken. Gruppen hentet stoffprøver og lot beboerne få ta del i valg av stoff og farger. Ressursgruppen arrangerte loppemarked og fikk gardinene sydd for innsamlede midler. Ressursgruppen mente også at vinduene måtte vaskes

før de nye gardinene kunne henges opp. Arbeidslagets leder foreslo å ta dette opp igjen med husøkonomen, noe gruppen ikke trodde nyttet:

Gruppens leder (hjelpepleier) tok også vindusvasken før sommerferien og de bestemmer seg derfor for å gjennomføre vindusvask før jul på dugnad. De kjente hjelpepleierne og assistentene i gruppen, foreslår dag, tid og gjennomfører vindusvasken (feltnotat/gr A/ termin 7).

Ved oppsummeringen av terminen diskuterte ressursgruppens deltagere endringene i det fysiske miljøet som er en positiv erfaring. Personalet hadde deltatt aktivt og beboere og pårørende gav positive tilbakemeldinger på juleforberedelsene i sykehjemmet.

I ressursgruppens kritiske diskusjon ble det stilt spørsmål ved hvorvidt loppemarked for å samle inn midler til skifte av gardiner i sykehjemsavdelingen var ett eksempel på reell offentlig fattigdom. Flere deltagere i ressursgruppen mente den frivillig innsatsen med innsamling av midler ved hjelp av de ansatte i arbeidslaget styrket fellesskapet. Noen av sykepleierne var mer kritiske. De pekte på svakheter i budsjettet og virksomhetsledelsens manglende forståelse for det fysiske miljøets betydning i en langstidsinstitusjon.

Ressursgruppen oppfattet den økonomiske situasjonen i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen som anstrengt etter en rekke negative medieoppslag i lokalpressen. I den økonomisk pressede situasjonen oppfattet deltagerne at det ikke passet å fremme krav som innebar økonomiske tiltak (nye gardiner og vindusvask). På den annen side mente deltagerne det fysiske miljøet var av vesentlig betydning både for beboere, besøkende og personalets trivsel. En assistent la til på slutten av gruppesamtalen:

”fint at gardinene blir i orden nå – for nå er det utrivelig i avdelingen. Vaskemaskinen er ødelagt og heisen er under reparasjon (avdelingen er 4.etg)” (feltnotat/hj.pl/gr.A/ t7).

Etter at ressursgruppen hadde vasket stuevindue og hengt opp gardinene like før jul viste det seg å være midler igjen på sonens budsjett og vindusvasken ble gjennomført i hele sykehjemmet av et rengjøringsbyrå. Ettersom offentlige beslutninger må bygge på økonomisering og rettferdighet (Strand 2001), ble ressursgruppens planer og arbeidslagets ønsker også et spørsmål om likebehandling mellom arbeidslagene og avdelingene i sonen.

Nøkkelrollene

Arbeidslagslederen valgte å delta i alle ressursgruppene etter oppsummeringen av erfaringer fra første halvår i ressursgruppene (termin 2). Lederen bidro aktivt i gjennomføringen av felles planer ved å organisere arbeidslaget ressurser. Ved å ta direkte del i det praktiske kvalitetsutviklingsarbeidet, tok avdelingslederen ansvar sammen med tjenesteutøverne for det

de har forpliktelse til å gjøre etter Kvalitetsforskriften (1997). Med *nøkkelen* som metafor for ledernes makt, erfarte deltagerne i ressursgruppene at arbeidslagets leder åpnet for nyskappingsarbeid internt i arbeidslaget og styrket samarbeidet med tverrfaglige medarbeidere i sonen.

Diskontinuitet blant avdelingslederne viste seg å være en hindring når forbedringsarbeidet involverte andre spesialenheter eller det andre arbeidslaget i sonen. Arbeidsgruppen ”hjemmebasert rehabilitering”, som involverte deltagere fra både ressursgruppe C i arbeidslaget og fra rehabiliteringsavdelingen, måtte oppgi sitt arbeid når avdelingslederstillingen i rehabiliteringsavdelingen var vakant. Tilsvarende erfaring hadde deltagerne i gruppe B som ønsket å danne en ressursgruppe på tvers av arbeidslagene for å ivareta omsorgen for alvorlig syke og døende.

Kvalitetsutviklingssamarbeid på tvers av enheter, som nevnt i eksemplene over, fordret dialoger og samordning på tvers av formelle strukturer i organisasjonen. Her har både arbeidslagslederen og ledergruppen i organisasjonen en nøkkelrolle. Diskontinuitet på grunn av vakante lederstillinger over lengre perioder førte til at deler av kvalitetsutviklingsarbeidet stoppet og ble foreløpig lagt til side:

”Vi vil jo gjerne være med på dette samarbeidet, men i dag måtte jeg ta legevisitten, det var ingen andre å delegere ansvaret til, så da kunne jeg ikke være med i rehab gruppa. Håper vi kan ta dette opp igjen når vi får på plass lederen igjen” (feltnotat/rehab.avd/ t5).

Arbeidslagslederen hadde også posisjon som bindeleddet mellom virksomhetsledelsen og tjenesteutøverne. En posisjon som viste seg å bli svært utfordrende for arbeidslagslederen i avdelingsledergruppen etter hvert som arbeidslaget initierte stadig nye tiltak innenfor arbeidslagets ressurser.

Mangel på faglig diskusjon på tvers

I de første fasene av forskningssamarbeidet (termin 1-5) deltok distrikts- og sonelederen aktivt i planleggingen av forskningsaktivitetene gjennom samtaler med forsker. Sonelederen var også med på deler av den første oppsummeringen i alle ressursgruppene (termin 4).

Arbeidslaget inviterte virksomhetsleder til alle planlagte oppsummeringer og seminarer, men kun etter direkte henvendelse var virksomhetsleder tilstede på ett halvdagsseminar ved oppstart av den nye ressursgruppen F ”Omsorgsbolig” i termin 7. Deltagerne i ressursgruppene oppfattet dette som manglende interesse og gav uttrykk for at

virksomhetsledelsen ikke kjente til den faktiske situasjonen, og den økte belastningen i arbeidslaget:

”Virksomhetsleder er jo aldri ute sammen med oss og ser hvordan vi arbeider”
(feltnotat/hj.pl/t 6).

Tjenesteutøvernes negative kritikk rettet mot virksomhetsledelsen (virksomhetsleder, fagkonsulent/assisterende virksomhetsleder og husøkonom) ble konkretisert som manglende dialoger f. eks om konsekvenser av at utstyr som oppvaskmaskin og sengeheis ikke ble reparert. En ødelagt oppvaskmaskin førte blant annet til at personalet måtte vaske opp i en lengre periode i sykehjemmet og tilgjengelig tid til pasientene ble redusert. På samme måte som når man manglet tilstrekkelig personale, forsøkte de kjente medarbeiderne å kompensere for manglene ved økt egeninnsats for å ivareta de mest grunnleggende behovene. Lederen i arbeidslaget meldte fra om mangler og feil ved utstyr til husøkonomen, som hadde ansvar for å bestille nødvendig utstyr og reparasjoner. Med stram økonomi mente husøkonomen at man måtte prioritere å leie inn reparatør til flere avdelinger og formål samtidig. I omorganiseringssprosessene i kommunen de siste årene var vaktmester og renhold erstattet av egne driftsavdelinger. Dette innebar at man kunne vente svært lenge på å få utført små reparasjoner, om ikke personalet i arbeidslaget utførte også dette arbeidet selv (jf eksemplet med vindusvasken). Økt oppmerksomhet i gruppene i forhold til begrensende faktorer, som nevnt over, virket frustrerende for den enkelte tjenesteutøver og hemmende i forhold til kvalitetsutviklende tiltak som involverte aktører utenfor arbeidslaget.

Kostnadskrevende tiltak som for eksempel moderne senger med trykkavlastende madrasser for å redusere et økende antall liggesår hos sterkt pleietrengende pasienter og behovet for et bedre dokumentasjonssystem som ivaretok kravet om individuelle avtaler, krevde en bredere fagdiskusjon i hele virksomheten. Dette var imidlertid savnet i hele forskningsperioden. Forsker var heller ikke deltager i den faste avdelingsledergruppen i sonen som omfattet avdelinger også utenfor forskningsfeltet (andre arbeidslag, demensavdelingen, kjøkken, tverrfaglig og merkantilt personale). Arbeidslagets leder uttrykte at:

”Slike fagdiskusjoner har vi (avdelingsledergruppen) ikke. Vi kommer aldri så langt. Det er mye informasjon fra virksomhetsleder (oppsum. intervju avd.l/termin 7).

Tverrfaglig personale, som kjøkkensjef, ergoterapeut og fysioterapeut, bekreftet den manglende fagdiskusjonen i avdelingsledergruppen. Sentrale spørsmål ble oftest løst uten at man hadde en grundig analyse og tverrfaglig debatt:

”Det blir mest drift, fra uke til uke” (oppsum.intervju/ergoter/t 8).

”Jeg driver butikk! Vi skal klare oss selv, det er målet. Får lite tilbakemeldinger” (intervju kjøkkensjef i sykehjemmet /t 8).

Avdelingsledergruppen manglet også stabilitet. Både rehabiliteringsavdelingen, det andre arbeidslaget og demensavdelingen var helt eller delvis uten avdelingsleder i perioder i hele forskningsperioden. Arbeidslagets leder formidlet regelmessig erfaringer fra gruppene gjennom ledermøtene.

Mangel på faglig diskusjon på tvers av nivåer og manglende respons fra virksomhetsledelsen til kvalitetsutviklingsarbeidet i ressursgruppene, virket i tillegg til manglende interesse begrensende for standardisering av kvalitetsutviklende enkelt tiltak og videre tjenesteutvikling. Litt annerledes uttrykt kan en si at tjenesteutøverne i ressursgruppene lærte å fungere sammen i arbeidsfellesskap og styrket tjenesteutøvelsen innenfor stadig trangere rammer med lite faglig støtte fra virksomhetsledelsen. Lederen i arbeidslaget ble skviset mellom de to kulturene. Oppfordringen fra virksomhetsledelsen var og at arbeidslagslederen i større grad skulle ivareta personalansvar oppgaver og i mindre grad direkte fagansvar. Dette stod delvis i motsetning til de positive erfaringene fra forskningssamarbeidet der det faglige kvalitetsutviklingsarbeidet ble styrket gjennom arbeidslagslederens aktive deltagelse i ressursgruppene og vedvarende oppmerksomhet rettet mot tilpassinger i arbeidsfordelingen for å kunne ivareta individualiserte pasientrettede tiltak og styrke av den enkelte ansattes ansvar i tjenesteutøvelsen:

”Jeg tror ikke noe på å lede på avstand. Gruppene har blitt en måte å lede på. Jeg har fått mindre arbeid. De (medarbeiderne i arbeidslaget) har blitt mye mer selvstendige – ordner opp selv” (oppsum.intervju/avd.1/t 9).

I siste termin (t-8) av prosjektperioden ble personalet møtt med en ny og sterkere agenda fra virksomhetsledelsen med krav om innsparinger i hele kommunen og planer om interne omorganiseringstiltak. Rådmannens forslag til millionkutt i omsorgssektoren i kommunen som ble kjent for personalet gjennom dagspressen innebar blant annet reduksjon av hjemmehjelpstjenesten, nedleggelse av fire dagsentra, økt brukerbetaling og prisøkning på varmmat: *”Uspiselige forslag”* og *”Allerede lite som det er”* var oppslag i dagspressen (22.11.01) til rådmannens forslag om kutt.

Passiv respons og innsparingskrav

Mens deltagerne i gruppene underveis i forskningssamarbeidet opplevde passiv respons fra virksomhetsledelsen i forhold til deres fremgang i utviklingsarbeidet, gav flere deltagere uttrykk for frustrasjon og oppgitthet i oppsummeringsintervjuene over ledelsens innsparingskrav. Overskridelser i det kommunale budsjettet var referert i media. Manglende konkret informasjon om hva innsparingene ville medføre for tjenesteutøvelsen, førte til usikkerhet i arbeidslaget. I oppsummeringsintervjuene (jan/febr/ termin 9) gav flere deltagere uttrykk for at de derfor var usikre på fremtiden. Noen trodde alt ville bli som før, mens andre var skeptiske til virksomhetsledelsen:

"De vet jo ikke hva vi gjør – så da er det ikke godt å vite hva som kommer til å skje." (assistent/t9)

"Det kommer til å gå utover brukerne, selv om de ikke sier det. Har hørt at vi skal være færre på vakt" (erfaren hjelpepleier/t9).

Tjenesteutøvere som uttrykte at de ville velge å fortsette i sykehjemmet på tross av reduserte økonomiske rammer, regnet med at det ville bli vanskeligere å samle ressursgruppen til ekstra innsats. Som følge av innsparingskravene, mente personalet de hadde to valg enten å *tilpasse seg* eller *slutte*.

Virksomhetsledelsens uttrykte krav om økonomiske innsparinger (termin 8) og mulig omorganisering av personalet i arbeidslagene (termin 9), virket begrensende på gruppenes kreativitet og handlinger i den siste terminen av forskningssamarbeidet. Alle gruppene fortsatte sin aktivitet, men erfarne tjenesteutøvere uttrykte sterk skepsis til forslagene om innsparing, mens andre uttrykte frustrasjoner over manglende informasjon og dialog med virksomhetslederne. Noen erfarne medarbeidere gav uttrykk for at de foreslåtte innsparingstiltakene ville redusere kvaliteten i tjenestene, og da ville de heller slutte:

"Jeg orker ikke være med på at beboerne ikke skal få det de trenger, nå når vi har fått det så bra til. Da vil jeg heller førtidspensjoneres. De sier vi skal være færre på. Det går ikke, for brukerne trenger mye mer.. Nå har jeg vært i arbeid i mer enn 20 år. Har aldri vært syk. Klarer ikke det at de sier vi skal klare oss uten (navn/arbeidslagets leder) daglige tilstedeværelse. Det er ikke rett. De (virksomhetsledelsen) vet ikke hva de gjør" (oppsum.intervju/erfaren hj.pl/termin 9).

De nye kravene om innsparinger ble fremført av virksomhetsledelsen i felles møter for alle ansatte. Den lokale dagspressen beskrev innsparingstiltakene og overskridelsene på de kommunale budsjettene som en krise (termin 8).

På tross av flere fag- og lederseminarer i forskningsperioden hvor kvalitetsutviklingsideen og ulike tiltak ble drøftet på tvers av soner og nivåer i organisasjonen, og samtaler mellom

forsker og virksomhetsledelsen, ble de manglende dialogene mellom tjenesteutøverne og virksomhetsledelsen en begrensende kraft i utviklingsarbeidet. Manglende stabilitet i avdelingsledergruppen og en rekke pågående omorganiseringsprosesser i den administrative ledelsen i kommunen (termin 5-8) rettet også virksomhetsledelsens oppmerksomhet bort fra de innovative og faglige spørsmålene i ressursgruppene mot økonomiske og administrative endringer. Lederen i arbeidslaget opplevde derfor at det var vanskelig både å rapportere om innovative endringer i arbeidslaget og initiere tiltak som kunne berøre hele sonen.

” De ser på meg som 'klovnen', med alle mine forslag Jeg blir ikke tatt alvorlig. Jeg har ingen andre avdelingsledere å diskutere med. De (avd.l) som er her nå er nye ” (intervju avdelingsleder/termin 8).

Som en del av den fremtidige omorganiseringsprosessen, antydte virksomhetsleder at de ønsket å styrke virksomheten med fagkoordinatorer som kunne lede ressursgruppene (oppsum intervju/virksomhetsleder/t 8). Dette var deltagerne i ressursgruppene skeptiske til.

Personalets erfaringer under prosjektperioden var at fagkoordinatoren i virksomhetsleders stab hadde perifer posisjon med liten grad av deltagelse i hverdagslige beslutninger som angikk utfordringene de opplevde i den direkte tjenesteutøvelsen. Deltagerne i ressurs-/arbeidsgruppene var opptatte av å bevare det lærende arbeidsfellesskapet og praksisnære engasjementet i tjenesteutviklingsarbeidet, og mente det var av vesentlig betydning at avdelingslederen som hadde det daglige ansvaret for personellressursene deltok aktivt også i det faglige utviklingsarbeidet. Dette argumentet støttes også av andre studier. I følge Hyrkäs og Paunonen-Ilmonen (2001) studier i personalutvikling innen kvalitetssikringsprogrammer kan fagkoordinatoren forsinke kvalitetsutviklingsprosessene, skape frustrasjoner og med vitende og vilje torpedere aktivitetene.

Kritisk refleksjon og vurdering av arbeidsformene som ressurs i lærende arbeidsfellesskap

Ved å delta aktivt i presentering og kritisk vurdering av vanskelige enkeltsituasjoner utviklet deltagerne i ressursgruppene en skjerpet oppmerksomhet i forhold til faglig etiske situasjoner og etiske dilemmaer. Ettersom de kritiske diskusjonene ofte tok utgangspunkt i kjente problemstillinger fra hverdagens praksis, kunne alle deltagerne dele av sine erfaringer i samtalene. At tjenesteutøverne daglig stod overfor en rekke situasjoner som faktisk innebar verdivalg og etiske vurderinger, som respekten for pasientens selvbestemmelse, ble holdt frem som viktige kjennetegn på læringseffekten i ressursgruppene. Krav og forventninger om rettferdig fordeling av tid og knappe ressurser forble på den annen side et daglig dilemma for

tjenesteutøverne og i særlig grad i de hjemmebaserte tjenestene. Spesielt i helgene, men også på enkelte dag- og kveldsvakter erkjente sykepleierne og hjelpepleierne at de ofte ”gikk på akkord” med egne verdi prinsipper, når antallet pasientoppdrag ikke stod i overensstemmelse med den faktiske tiden tjenesteutøveren hadde til rådighet. Tjenesteutøverne pekte samtidig på at på tross av økt belastning, fikk de på et vis likevel hver vakt til å gå rundt:

”Det gikk denne helgen også. Vi var alt for få på” (feltnotat/hj.pl/gr C/t 6).

”Det er utrolig at det går an, og at det ikke skjer flere feil” (feltnotat/spl/t7).

Ved å gå kritisk gjennom arbeidsrutinene fant deltagerne på tross av de anstrengte ressursene likevel rom for forbedringer innenfor egne ressurser, som for eksempel trimprogrammet i sykehjemsavdelingen viste.

Når personalet i arbeidslaget erfarte manglende respons fra virksomhetsledelsen, ble kvalitetsutviklingsarbeidet satt på prøve. Konsekvensene av manglende faglig diskurs i organisasjonen som helhet, kom først og fremst til syne som økonomiske begrensninger i kvalitetsutviklingsarbeidet. Først når regnskapet på slutten av året var klart, fant virksomhetsledelsen for eksempel at det var mulig å gjennomføre vindusvasken, og da som et tiltak for hele sykehjemmet.

Gjennom det systematiske arbeidet med kritisk refleksjon og vurdering av arbeidsformene lærte pleierne på den ene siden at de hadde begrenset tilgang til materielle ressurser (madrasser stod ikke på budsjettet) som er nødvendig for å kunne optimalisere pleie- og omsorgstjenestene i sykehjemsavdelingen. På den annen side lærte de at ved å utvide sitt tjenesterepertoar med trimaktiviteter, kunne pleierne tilpasse handlingsrekkefølgen til arbeidsformene i sykehjemsavdelingen. Mangel på tid og personell til å følge pasientene på trim i rehabiliteringsavdelingen, ble omformet til et kompetansespørsmål; hvor assistenten lærte trimprogrammet. Tilsvarende fant personalet i stedet for trykkavlastende madrasser, kompenserende tilnærminger. De økonomiske rammene, ble slik sett flyttet ned på individ nivå og omformet i tjenesteutøvernes praktiske diskurs. Mot dette står en genuin demokratisk oppfatning der de saken gjelder, involveres i en mer reflektert beslutningstagen og anvender en kommunikativ rasjonalitet (Eriksen 1999).

På tross av disse vanskene understreket deltagerne i ressursgruppene betydningen av den kritiske refleksjonen og fellesskapet de alternative løsningene skapte i samarbeidet mellom kollegene i arbeidslaget (oppsummering termin 8-9). Kritisk vurdering av arbeidsformene bidro til tjenesteutvikling både i sykehjemmet og i hjemmebaserte tjenester:

”Vi har fått til mye for brukerne, som vi ikke hadde klart uten gruppene” (oppsum. intervju hj.pl gr A/t 9).

”Jeg arbeider annerledes nå, ser mer når jeg kommer inn i hjemmet” (oppsum. intervju hj.pl/gr C/ t 9).

”Det er stor forskjell. Jeg merker det med en gang jeg når jeg kommer inn i avdelingen. Vi (i gruppe C) samarbeider mye mere” (oppsum. intervju/ fysioterapeut/ gr C/ t 9).

”De arbeider mye mer selvstendig nå. Jeg trenger ikke overvåke. Jeg ser og vet at de snakker sammen. Hjelpepleier (navn) og hjelpepleier (navn) snakker sammen og så tar de kontakt med sykepleier(navn) ute om det er noe de lur på. Jeg kunne ikke gjøre det før. Så det er en stor forskjell!”(oppsum.intervju/avd.l/t 9).

Samarbeidende sykepleiere i rehabiliteringsavdelingen og tverrfaglige medarbeidere med tilknytning til ressursgruppene gav også uttrykk for at personalet i arbeidslaget samlet sett, hadde utviklet nye forbedrede rutiner og at de fulgte opp primærpasientene bedre:

”Jeg merker det når vi samarbeider. Det er en stor forandring. De følger bedre opp og vi samarbeider tettere” (oppsum intervju spl/rehab termin 9).

Tjenesteutøvernes kritiske dialoger førte til positive endringer i praksis. Ved avslutningen av forskningssamarbeidet etter 8 terminer var ressursgruppene etablert som arbeidsform i arbeidslaget. Gruppene hadde konkrete halvårsplaner og tiltak de ønsket å utvikle og prøve ut videre. Kvalitetsutviklingsarbeidet dreide seg med andre ord om vedvarende arbeids- og læringsprosesser for fortsatt å ivareta den enkelte pasients grunnleggende behov (Kvalitetsforskriften 1997, §1).

KAPITTEL 8 INTERAKTIVE OG TRANSFORMATIVE LÆRINGSPROSESSER PÅ TVERS AV ARBEIDSFELLESSKAP

I dette kapitlet videreføres det interaktive læringsperspektivet fra foregående kapittel med utgangspunkt i en tilnærming hvor det ble etablert aksjonsgrupper *på tvers av arbeidslag* (Sone Sør/felt 2³⁹). Valg av tema for kvalitetsutviklingsarbeidet var lederinitiert, mens arbeids- og læringsprosessene er utviklet i samhandling mellom de lokale lederne og tjenesteutøverne i arbeidslagene.

8.1 Ledernes initiativ til kvalitetsutviklingsarbeid i sonen

Under erfaringsutvekslingen i distriktets dialogseminarer, som er beskrevet tidligere i kapittel 6.1, gav sone- og avdelingslederne i sone Sør uttrykk for at de også ønsket å delta i aksjonsforskningssamarbeidet, ”*når de var klare for det*” (feltnotat/sonелеder/ t 2). Da det kunne være interessant å kontrastere ulike kvalitetsutviklingsstrategier som en del av forskningsarbeidet, holdt forsker derfor løpende kontakt med soneleder i felt 2. Med vissheten om at deltagende aksjonsforskningssamarbeid dreier seg om å gjennomføre arbeidet sammen med ledere og tjenesteutøvere på ulike nivåer og slik sett tre inn i pågående utviklingsprosesser i sonen, beskrives forarbeidet med initiativet i sonen og dialogene med sonelederen først.

Forarbeidet i sonen

Forut for valg av strategi for kvalitetsutviklingsarbeidet i sone Sør, hadde lederne og representanter for tverrfaglig personale og tillitsvalgte deltatt på fag- og lederseminarene i distriktet i forskningstermin 2 og 4. Sone- og avdelingsledergruppen i felt 2 ønsket å forberede kvalitetsutviklingsarbeidet og prioritere satsingsområdene internt i sonen og engasjere alle medarbeiderne, for å styrke tjenesteutviklingen lokalt. De var samtidig åpne for å dele erfaringer med andre, og bad derfor om å få delta i forskningssamarbeidet. På grunn av vakante lederstillinger i sonen avventet ledergruppen imidlertid arbeidet til etter den andre dialogkonferansen i forskningstermin 4 (t4).

³⁹ Forskningsfelt 2 omtales i teksten enten som felt 2 eller sone Sør.

For å rekruttere og beholde personalet i sonen ønsket soneledergruppen å arbeide systematisk med fagutvikling, og oppnevnte en styringsgruppe bestående av tre sykepleiere, som fikk i oppgave å foreslå aktuelle temaer for sonens kvalitetsutviklende arbeid. Ved allmøte ble alt personalet i sonen informert om kvalitetsutviklingsarbeidet og oppfordret til å velge ett av fem foreslåtte temaene (t 4). Styringsgruppen i samarbeid med soneledergruppen sørget for inndeling av personalet i grupper på tvers av arbeidslagene. Sonen engasjerte en fagkonsulent som holdt et kort kurs i gruppearbeid før oppstart i gruppene.

Sonelederen og det oppnevnte utvalget la ingen føringer for gruppenes arbeid utover de gitte temaene. Ønsket om å styrke praksis i sonen var rettet mot å implementere målsettingen i Kvalitetsforskriften (1997), som fungerte som en felles norm for hele distriktet. Å organisere tjenesteutøverne i sonen i grupper på tvers av arbeidslag og avdelinger med sikte på å kvalitetsutvikle praksis, var samtidig noe nytt i organisasjonen. Soneleder ytret derfor ønske om samarbeid med forsker etter at sonen var kommet frem til sin overordnede struktur for kvalitetsutviklingsarbeidet. Da sonen ønsket å engasjere alle medarbeidere i arbeidet, ble et deltagende aksjonsforskningssamarbeid der forsker deltok i endringsarbeidet, mens man samtidig genererte kunnskap i praksis ved å studere prosessen og resultatene av endringene vurdert som hensiktsmessig (Coghlan og Brannick 2001). Etter forhandlinger med soneleder ble forskningsfeltet avgrenset til 2 av 5 grupper. Begrunnelsen for valg av grupper var at begge temaene kunne relateres til kravene i Kvalitetsforskriften § 1-3 (1997), nemlig brukermedvirkning og sykepleiedokumentasjon. De tre øvrige gruppene i sonen hadde temaer som var rettet mot arbeidsmiljøet og rekruttering av personalet. Samarbeidet med deltagerne i de to gruppene og forsker ble etablert i januar (t5).

Bakgrunnen for temaene, og avgrensingen av to grupper i dette forskningsarbeidet er beskrevet tidligere i kapittel 4.1 (se s. 73). I de forberedende samtale mellom forsker og soneleder, gav soneleder uttrykk for en meget positiv holdning til personalets arbeid i sonen og viljen til ”å stå på for pasientene” (feltnotat/soneleder/t4). Når det gjaldt bakgrunnen for prioriteringen av *sykepleiedokumentasjon* som tema for sonens kvalitetsutviklende arbeid, refererte sonelederen til enkelte negative episoder senere år som følge av mangelfull sykepleiedokumentasjon og understreket betydningen av *mer fullstendig og systematisk dokumentasjon* hos alle pasienter i sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Sonelederen understreket også betydningen av å kvalitetssikre dokumentasjonspraksis i henhold til gjeldende lover og forskrifter for å kunne ivareta informasjonsbehovet i forbindelse med

ufortsette hendelser på kvelds- og nattevakter og i helgene hvor det var mindre kjente personale på vakt.

I de innledende dialogene delte også soneleder og forsker kunnskaper om innholdet i og krav til sykepleiedokumentasjonen som en del av pasientjournalen (Statens helsetilsyn 1994), sosial- og helsedepartementets satsing frem mot år 2000 på elektronisk pasientjournal (Sos.- og helsedep 1996), og utviklingen innen internasjonale dokumentasjonssystemer, som det svenske VIPS (Välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet) (Ehnfors, Ehrenberg og Thorell-Ekstrand 1998) og det amerikanske RAI (Resident assessment instrument) som var utprøvet i hjemmesykepleien i Norge (Grue og Sørbye 1998).

De øvrige tre gruppene i sonens kvalitetsutviklingsarbeid som ikke inngikk i forskningssamarbeidet, kom aldri ordentlig i gang. Styringsgruppen som foreslo temaene og organiserte gruppene i begynnelsen ble også oppløst etter oppstarten da initiativtageren var gått over i annen stilling. Kvalitetsutviklingsarbeidet i ”Brukermidvirkningsgruppen” og i ”Dokumentasjonsgruppen” ble utviklet med samme utgangspunkt og anvendte tilnærmet sammenlignbare arbeidsprosesser i første halvår. Deltagerne i gruppen ”Brukermidvirkning” vurderte imidlertid etter den første halvårsoppsummeringen at gruppearbeidet på tvers av arbeidslagene i sonen, burde erstattes av kvalitetsutviklingsarbeid i hvert arbeidslag for å styrke brukernes direkte medvirkning i den daglige planleggingen og gjennomføringen av pleie- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften § 3). En sykepleier søkte seg da over til dokumentasjonsgruppen. Fremstillingen videre tar utgangspunkt i dokumentasjonsgruppens arbeid.

For-forståelsen

Fra forskningssamarbeidet i felt 1 (termin 1-4) var jeg kjent med at tjenesteutøverne i arbeidslagene anvendte et skriftlig dokumentasjonsverktøy (kardex) i planlegging og rapportering av pleien. Administrativt personell og avdelingsledere i arbeidslagene benyttet samtidig elektronisk dataverktøy til utforming av vedtak ved førstegangskartlegging og dokumentasjon av brukeres behov for tjenester. Førstegangsvurderingene ble på den annen side ikke fulgt opp med elektroniske pleieplaner eller elektroniske rapporter i arbeidslagene. Personalet og arbeidslagslederen i felt 1 vurderte, som beskrevet i kapittel 5.2, den praktiske håndteringen av sykepleiedokumentasjonen som utilfredsstillende.

Opplæring i bruk av elektroniske verktøy for utarbeidelse av pleieplaner som en del av sykepleiedokumentasjonen, var definert som ett tiltak i distriktets brukerrettede tjenester i årsplanen 2000*. Det var imidlertid ikke satt av noen ekstra budsjettmidler til nye PC terminaler i arbeidslagene i budsjettåret. Selv om tjenesteutøvere i distriktet hadde deltatt på flere dataopplæringskurs med noen års mellomrom, manglet arbeidslagene fortsatt tilgjengelig elektronisk utstyr til en hensiktsmessig elektronisk rapportering i pasientjournalen høsten 1999 (forskningstermin 4). En konsulent med ansvar for dataopplæringen i distriktet de siste årene, fant situasjonen utilfredsstillende ettersom den pågående dataopplæringen ikke stod i forhold til mulighetene for anvendelse.

Min lokale bakgrunnsforståelse ved etableringen av samarbeidet med felt 2 var at sykepleiedokumentasjonen var definert som et problemområde både på distriktsnivå og lokalt i arbeidslagene. På den annen side var jeg ikke kjent med den lokale dokumentasjonspraksis og dokumentasjonsverktøyet i felt 2, de lokale ressursene og problemstillingene der. Ett åpent spørsmål i forarbeidet som synes viktig å avklare var hvorvidt sonen ville satse fullt ut på et elektronisk verktøy som årsplanen i distriktet indikerte og som anbefalt fra Sosial- og helsedepartementet *Handlingsplan 1997- 2000 for en bedre Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste*. (Sos- og helsedep 1996), eller om det fantes alternative løsninger. Ettersom sonelederen ikke antydte hva som ville være best for sonen, var jeg spent på hva deltagerne i dokumentasjonsgruppen ville mene var best.

8.2 Arbeids- og læringsprosesser på tvers av arbeidslagene (felt 2)

Ettersom den skriftlige sykepleiedokumentasjon er en viktig del av alle tjenesteutøvernes praksis, var temaet for det kvalitetsutviklende arbeidet i gruppen godt kjent. Å arbeide sammen i en gruppe på tvers av arbeidslagene var nytt for deltagerne. På samme måte som i felt 1, innebar forskningssamarbeidet i dokumentasjonsgruppen avklaringer av funksjoner og arbeidsformer knyttet til aksjonsforskningens deltagende kjennetegn (Coghlan og Brannick 2001). Det vil si at problemstillingene ikke var definert på forhånd, men ble utviklet i samarbeidet. Like viktig var det å avklare spilleregler for samarbeidet mellom forsker og deltagerne.

I den første terminen (t 5) var forskningssamarbeidet rettet mot erfaringsutveksling og systematisk kartlegging av dokumentasjonspraksis i arbeidslagene. Denne interaktive

læringsformen ble styrket av deltagerne kritiske selvrefleksjon og reflekterende dialoger. Etter den første halvårsoppsummeringen utarbeidet gruppene en delrapport (Delrapport 1), som oppsummerte gruppens arbeid- og læringsprosesser og på denne bakgrunnen identifiserte deltagerne at det videre kvalitetsutviklingsarbeidet omfattet både den enkelte tjenesteutøvers ansvar for faglig forsvarlig dokumentasjon, men også at lederne hadde et særlig ansvar i følge den nye Journalforskriften (2001). Gruppens forslag til videre arbeid ble støttet av ledergruppen, som bidrog aktivt i fortsettelsen. Fra termin 6 – 8 utviklet gruppen først ett nytt dokumentasjonsverktøy til deljournal sykepleie, dernest planla og gjennomførte de opplæring for personalet i sonen, og sammen med kollegene som hadde gjennomført opplæring ble det nye dokumentasjonsverktøyet standardisert og overført til praksis.

Med utgangspunkt i dokumentasjonsgruppens arbeids- og læringsprosesser ble det identifisert fem kvalitativt ulike læringsdimensjoner i utviklingsarbeidet med ulik varighet, aktiviteter og læringsresultater, som bygget på hverandre (tabell 16).

Tabell 16: Læringsdimensjoner og resultater (felt 2)

Læringsdimensjoner	Introduisering ”Å gå sakte, men sikkert mot målet” Symboler Kulturelle verdier Kvalitetsforskriften	Presentering og reflekterende dialoger Situasjonsbeskrivelser og deling av erfaringer Kartlegging av dok.praksis Desentrert mesterlære	Kritisk vurdering Kritisk refleksjon i forhold til dokumentasjonspraksis/-verktøy Interaktiv læring: erfaringsutveksling og litteraturarbeid	Felles planlegging og interaktiv prøving Anvendelse av faglige retningslinjer og situert kunnskap til forbedring av dokumentasjonsverktøy/deljournal sykepleie Interaktiv formidling av ny kunnskap, erfaringsutveksling og evaluering	Endring og standardisering Endring i praksis med overføring fra gammelt dok. verktøy til anvendelse av ny deljournal sykepleie: Interaktiv læring gjennom handling
Transformative prosesser/ resultater	Fellesskap Verdigrunnlag Situert kunnskap	Praktisk handlingskunnskap Kollektive handlingsnormer	Personlig og generalisert kunnskap om dokumentasjon Styrket forståelse for helsepersonells faglige ansvar i forhold til dokumentasjon/pasientjournal Forslag til nytt dokumentasjonsverktøy + veileder for alle enheter i sonen	<u>Person og gruppenivå:</u> Kunnskaping og ny kompetanse gjennom planlegging og samhandling <u>Organisasjon/ system nivå:</u> Nytt dokumentasjonsverktøy + veileder til deljournal sykepleie	<u>Personnivå:</u> Myndiggjørende ansvar i dok.praksis og frigjørende kompetanse <u>Organisasjon/ system nivå:</u> Kvalitetssikring av prosesser og strukturer i dokumentasjons-systemet

Læringsdimensjonene er fremstilt i avgrensede kategorier, men det er viktig å understreke at arbeids- og læringsprosessene var delvis overlappende da aksjonsgruppen var åpen for innspill fra medarbeidere underveis. De neste avsnittene beskriver læringsdimensjonene.

Datakonstruksjonen og analysemodellen som ble utviklet i felt 1 (termin 1- 4) med systematiske samtaler i grupper, skriftelige gruppenotater, halvårsoppsummeringer og lokale delrapporter, ble også anvendt i felt 2 (termin 4-9⁴⁰). I tillegg samlet forsker data systematisk fra uformelle samtaler inklusive e-post og telefonsamtaler med ledere og lokale dokumenter. Denne datakonstruksjonen støttet analysene ved hver halvårstermin underveis, og revurderingen av videre planer og aktiviteter. Forsker sørget og for tilgang til litteratur gjennom høgskolens bibliotek da virksomheten ikke hadde tilgang til elektroniske litteratursøk. I de siste terminene ble det i tillegg utviklet en individuell *arbeidsmappe* der den enkelte deltager i gruppen dokumenterte sitt arbeid.

8.3 Introdusering

Dette avsnittet tar opp hvordan gruppen og forsker brukte Kvalitetsforskriftens (1997) målsetting som grunnlag for erfaringsutveksling.

Introduksjonen

Ved etableringen av dokumentasjonsgruppen rådde det stor usikkerhet blant deltagerne i forhold til de strukturelle rammene for kvalitetsutviklingsarbeidet i sonen. Tjenesteutøverne i dokumentasjonsgruppen hadde ikke vært representert på fag- og ledersamlingene i termin 2 og 4 og heller ikke i styringsgruppen i sonen. Da ingen avdelingsledere var tilstede i oppstarten av dokumentasjonsgruppen, valgte jeg å informere om distriktets overordnede rammer for kvalitetsutviklingsarbeidet. Vi gikk sammen gjennom Kvalitetsforskriften (1997) og diskuterte hvordan kravene i forskriftens §§ 1-3 om ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov med respekt for den enkeltes egenverd og livsførsel kunne knyttes til den skriftelige sykepleiedokumentasjonen.

Introduksjonen til gruppearbeidet dreide seg om å bli enige om noen grunnleggende samspillregler (Tiller 1999) der deltagerne gav uttrykk for sine forventninger til samarbeidet,

⁴⁰ I felt 2 ble kvalitetsutviklingsarbeidet organisert i sonen fra termin 4, og forskningssamarbeidet i aksjonsgruppen ble etablert fra termin 5.

enten disse var positive eller negative. Forventningene om at dokumentasjonsgruppen kunne bidra til forbedringer av dokumentasjonsverktøyet i sonen ble nevnt som en god motivasjon av sykepleierne som aktivt ønsket å delta nettopp i denne gruppen. Andre gav uttrykk for at de var blitt plassert i gruppen, og opplevde kvalitetsutviklingsarbeidet som pålagt:

”Kardexene henger ikke sammen. På tide at dette blir tatt opp” (feltnotat/spl/t5).

”Alt for korte frister. Jeg ble plassert i gruppe - fikk ikke velge” (feltnotat/hj.pl/t5).

Noen pekte samtidig på at det kunne bli vanskelig å finne tid til å gå fra pasientarbeidet:

”Det er vanskelig å gå fra” (feltnotat/hj.pl/t5).

”Hvordan skal vi på natt få godtgjørelse for møter på dagtid?” (feltnotat/hj.pl/t5).

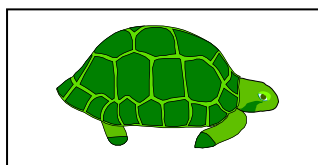
Deltagerne ønsket samtidig å avklare hvor mye tid de kunne sette av og hvordan timer kunne godtgjøres innenfor turnusplanen. Gruppens oppmerksomhet var i denne innledende fasen preget av å være styrt. De forventet instruksjon fra ledelsen og ønsket avklaring av instrumentelle forhold ved gruppens arbeid som arbeidstid og godtgjøring. Ledergruppen som ønsket å bidra til medvirkningsbaserte prosesser holdt seg avventende (St. helsetilyn 1998b;1998c). I ettertid har deltagerne i gruppen beskrevet denne fasen som svært frustrerende, og uten prosessveileder ville de sansynligvis ikke ha fortsatt. Erfarne aksjonsforskere peker også på at det er viktig med prosesveiledning i denne innledende fasen, for å finne alternative veier i arbeidet tilpasset situasjonen (Tiller 2004; Cook 2009).

Å skape kontakt gjennom kreative læringsprosesser

Da dokumentasjonsgruppen var satt sammen av pleiepersonalet på tvers av arbeidslagene, foreslo forsker å bruke tid til å skape kontakt mellom deltagerne og fellesskap i gruppen.

Gjennom kreative læringsprosesser inspirert av dynamisk pedagogikk (Gulbrandsen og

Forslin 1997) utviklet dokumentasjonsgruppene en logo som kjennetegn for sin arbeidsform:



Figur 12: Dokumentasjonsgruppens logo: ”Går sakte, men sikkert mot målet”

Dokumentasjonsgruppens arbeid med valg av logo samlet gruppen. Alle snakket sammen, tegnet, viste frem ulike forslag til logo og prøvet ut kreative ideer som kunne forankre gruppens arbeidsform og målsetting. Noen lette på internett etter figurer som kunne passe.

Deltagerne valgte ”Skilpadden”⁴¹ og begrunnelsen var at arbeidet med sykepleiedokumentasjonen kunne komme til å ta tid. Gruppens arbeidsnorm var:

”Går vi sakte og sikkert, kommer vi sammen til målet” (feltnotat/t5).

Det kreative arbeidet var samtidig ett viktig skritt på veien mot en demokratiserende dialog der alle deltagerne i gruppen kom tilsyne som verdifulle ressurser og med ulike innspill i den videre arbeidsprosessen.

Rammer og mål

Ved å anvende Kvalitetsforskriftens (1997) målsetting som verdigrunnlag og faglig norm kom gruppen frem til en dobbel målsetting for gruppens arbeid:

- *å vurdere hvorvidt dagens sykepleiedokumentasjonspraksis er i overensstemmelse med kravene i Kvalitetsforskriften*
- *å komme frem til gode forbedringstiltak (feltnotat/t 5)*

Selv om gruppen raskt kom frem til at dokumentasjonsverktøyet i sonen var utslitt, ønsket deltagerne å samle erfaringer om dokumentasjonspraksis fra alle arbeidslagene i sonen og identifisere problemstillinger for å forbedre dokumentasjonssystemet og dokumentasjonspraksis. Deltagerne ønsket å forbedre dokumentasjonspraksis i sonen og ville gjerne innhente ny kunnskap som regulerer sykepleiedokumentasjonen fra lover, forskrifter og litteratur.

En åpen gruppe

Turnusarbeid med både dag, kveld, helg og nattarbeid, gjorde planleggingen av felles gruppemøter på tvers av arbeidslagenes ulike turnusplaner til et tidkrevende puslespill. Faste møtedager var ikke mulig, ettersom deltagerne arbeidet i seks ukers turnus i ulike arbeidslag og noen deltagere kun arbeidet på natt. Deltagerne valgte å forhandle seg frem innbyrdes ved å ta hensyn til arbeidsrytmen i arbeidslagene, fridager og ønsket om at flest mulig kunne delta. Sjelden kunne alle. Gruppen kom frem til at den skulle være åpen for nye medlemmer som ønsket å delta underveis, og studenter/elever i deres praksisperioder.

For å styrke informasjonen mellom gruppens deltagere, valgte deltagerne i fellesskap å organisere arbeidet med en lokal gruppeleder (hjelpepleier), som sørget for beskjeder innad og

⁴¹ Deltagerne gav gruppen navnet ”skilpaddegruppa” etter arbeidet med logoen. I studien anvendes betegnelsen ”dokumentasjonsgruppen”.

praktisk tilrettelegging av møter. Referatskriving ble ivaretatt på omgang for å holde kontinuiteten, mens hver deltager selv registrerte sin deltagelse i egen arbeidsmappe (se videre om arbeidsmappene i kapittel 9).

Dokumentasjon av individuelt arbeid i gruppen

Deltagerne kom frem til at de ville anvende en arbeidsmappe etter mal fra klinisk stige programmer for å dokumentere den enkeltes arbeid i gruppen. Analysen av de individuelle arbeidsmappene presenteres i kap 8. 6.

8.4 Presentering og reflekterende dialoger

Denne læringsdimensjonen fremstiller hvordan deltagerne anvendte situasjonsbeskrivelser, reflekterende dialoger og kartleggingsverktøy (Statens helsetilsyn 1998b;1998c) for å få innsikt i dagens dokumentasjonspraksis på tvers av arbeidslagene i sonen. Gruppen benyttet årsak - virkningsdiagram ("fiskeben") for å få frem hindringer og løsninger i dokumentasjonspraksis (se Vedlegg 12: Kartleggingsverktøy, "fiskeben") og enkle registreringer for å kartlegge spesielle forhold i løpet av en vakt/døgn av betydning for sykepleiedokumentasjonen i sonen. Helsetilsynets veiledningsserier for kvalitetsstyrte helseorganisasjoner (St.helsetilsyn 1998b;1998c) med verktøy og teknikker i systematisk forbedringsarbeid for ledere og medarbeidere var også tidligere diskutert og anbefalt brukt i sonene under fag- og lederseminarene i distriktet (termin 2 og 4). Begrunnelsen for anvendelse av disse verktøyene i gruppens datakonstruksjon og kartleggingsarbeid var at de er medvirkningsbaserte (Barra 1983; Eikeland og Berg 1997).

Situasjonsbeskrivelser og kartlegging

I situasjonsbeskrivelsene og de reflekterende dialogene kom det frem at deltagerne var svært kritiske til dokumentasjonsverktøyet og dokumentasjonspraksis i sonen. Mangelfull dokumentasjon ble særlig knyttet til "de vanlige brukerne". Det ble pekt på at gradvise endringer ikke ble registrert, og deltagerne savnet en mer standardisert revurdering av pleieplanene for langtidspasientene i sykehjemmet og i hjemmesykepleien. Deltagernes erfaring var at dokumentasjonen kunne være ufullstendig i forhold til Kvalitetsforskriftens krav § 1-3 om ivaretagelse av grunnleggende behov og det ble stilt kritiske spørsmål, som:

Tar vi pasientene med når vi planlegger tiltak og dokumenterer dette i pleieplanen? Hvordan ivaretar vi pasientens medbestemmelse? Hva kan vi si til pårørende om dokumentasjonen?(Feltnotat/t 5).

Deltagernes erfaring var at sykepleiedokumentasjonen var best hos de dårligste pasientene:

”Hos døende og ved akutte endringer, f. eks etter fall og ved hyppige medisinforandringer blir sykeleiedokumentasjonen vanligvis godt fulgt opp”
(Feltnotat/sykepleier/t5).

For personalet på natt som gikk runder i hele sonen, var erfaringen at de måtte samle informasjon muntlig og de erfarte det kunne være vanskelig å få oversikt:

”Vanskelig å få oversikt over den skriftlige dokumentasjonen når jeg begynner på igjen etter en uke fri”(feltnotat/hj.pl/ t 5).

Med det store antallet pasienter i sonen, ble det samtidig reist spørsmål om hvordan nattvaktene kunne holde seg orientert om de individuelle pleieplanene. Tiden til rådighet til dokumentasjonsarbeidet om morgenen var for knapp. Turnuspersonalets erfaring var og at nattvaktens dokumentasjon kunne være mangelfull.

Manglene knyttet til dokumentasjonspraksis i arbeidslagene var særlig knyttet til fysiske forhold, ansvarsfordeling og manglende opplæring:

- *Kardexene har blitt fillete og det er innført midlertidige mapper*
- *Manglende tilgjengelige retningslinjer for sykeleiedokumentasjonen*
- *Manglende arbeidsrom hvor personalet kan sitte i ro*
- *Tilfeldig og manglende opplæring*
- *Uklare ansvarsforhold i forhold til dokumentasjonen pr vakt i arbeidslaget*
- *Uklare ansvarsforhold i forhold til avdelingslederens ansvar*
- *For mange ufaglærte i forhold til faglærte på en vakt*
- *Medarbeidere med utilfredsstillende skriftlig norsk kompetanse (feltnotat/t 5).*

Gruppen identifiserte forholdet mellom antallet faglærte og assistenter uten grundig opplæring som en årsaksfaktor til ufullstendig sykepleiedokumentasjon. For å styrke datagrunnlaget valgte gruppen derfor å registrerte bemanningen i sykehjemmet på en tilfeldig dagvakt i to av arbeidslagene i sonen:

Registrering av bemanning på dagvakt i sykehjemmet -februar/t 5:

Arbeidslag 1: En hjelpepleier med medisinansvar, 2 assistenter som begge har norsk som 2. språk, en ny assistent under opplæring

Arbeidslag 2: En hjelpepleier med medisinansvar, 2 assistenter (ganske kjente)
(feltnotat t/5).

Endagsregistreringen viste at selv om antall personale var tilstrekkelig, var den største utfordringen i sonen at personalet manglet dokumentasjonskompetanse eller var under

opplæring. Hjelpepleierne i dokumentasjonsgruppen hadde også erfart at noen medarbeidere hadde så utilfredsstillende norskkunnskaper at de ikke kunne skrive en rapport i sykepleiedokumentasjonen:

”Hun skriver ikke norsk. Når vi arbeider samme vakt, må jeg spørre henne om hva som har skjedd og så skriver jeg” (hjelpepleier, t/5).

Arbeidet med utforske deltagerens erfaringer knyttet til dokumentasjonspraksis vedvarte i hele den første terminen og vi gikk flere runder med situasjonsbeskrivelser ettersom nye deltagere kom til. Nye deltagere reiste også nye problemstillinger:

Lagres beskjedbøker med opplysninger om navngitte personer forsvarlig? Er all dokumentasjon slik den bør være? Hvem er ansvarlig når dokumentasjon mangler? Hvem bestemmer hva vi skal dokumentere og hva skal vi skrive hvor? Hvor ofte skal vi dokumentere? Hvorfor etterspør ikke avdelingslederne en systematisk revurdering og dokumentasjon av brukernes situasjon? Hvordan ivaretar arbeidslagene opplæringen av ulike faggrupper i dokumentasjon? Hvem er journalansvarlig i sonen (Helsepersonell loven § 39)? (Feltnotat t/5).

Erfaringsutveksling synliggjorde forskjeller både i dokumentasjonspraksis og de muntlige og skriftelige rapportrutinene mellom arbeidslagene. Dokumentasjonsverktøyet (kardex) ble anvendt forskjellig og det eksisterte ulike dokumentasjonsskjemaer i sonen. Det man så ut til å få til ett sted, kunne være et problem i et annet arbeidslag:

I ett arbeidslag manglet det ofte opplysninger i sykepleiedokumentasjonen om pasientens tidligere interesser og forhistorien før han/hun kom til sykehjemmet, mens personalet i skjermet enhet alltid innhentet bakgrunnsopplysninger om livsløpet da de erfarte det kunne være av betydning både for planleggingen og gjennomføringen av sykepleien til personer med alvorlig grad av demens (feltnotat/ t 5).

Reflekterende dialoger på tvers av arbeidslag som ressurs i læringsfellesskap

En positiv effekt i denne arbeidsfasen mente særlig hjelpepleierne var at de ble kjent med medarbeidere og praksis på tvers av det daglige praksisfellesskapet i arbeidslagene.

Deltagerne erkjente samtidig at hjelpepleierne i mindre grad enn sykepleierne arbeidet på tvers av arbeidslagene i det vanlige arbeidet. Deltagerne evaluerte det aktive arbeidet med deling av erfaringer og reflekterende dialoger som en viktig læringsprosess. Læringen dreide seg om å artikulere hverdagens dokumentasjonspraksis og å se egen praksis i et mer kritisk reflektert lys. For noen var det en smertelig erkjennelse å se seg selv i lys av andres erfaringer

og oppdage arbeidslagenes praksis i lys av hverandres. På den annen side gav flere deltagere uttrykk for at det var godt å høre at andre slet med det samme. Ved å lytte til hverandres erfaringer og utfordringer oppfordret deltagerne hverandre til å være støttende og konstruktive. Gjennom systematiske runder rundt bordet fikk alle slippe til på sin måte med sine beskrivelser og spørsmål fra egen praksis.

8.5 Kritisk vurdering

De kritisk vurderingene innebar at deltagerne aktivt diskuterte egne erfaringer og den intersubjektive kunnskapen de hadde skapt i fellesskap om dokumentasjonspraksis i arbeidslagene i lys av lover og forskrifter samt faglitteratur om sykepleiedokumentasjon.

Kritisk refleksjon

Gjennom de reflekterende dialogene og kartleggingen av dokumentasjonspraksis i arbeidslagene ble det funnet flere mangler som skyldtes ett utslitt og utilfredsstillende dokumentasjonsverktøy. Deltagere i gruppen var også selvkritiske i forhold til Kvalitetsforskriftens krav om brukermedvirkning ved utforming eller endring av tjenestene som skal dokumenteres i pasientjournalen (Kvalitetsforskriften 1997, § 3. Deltagerne erkjente at de var usikre på om dokumentasjonsverktøyet var i overensstemmelse med kravene i den nye helselovgivningen og sykepleiefaglige normer. Av denne grunn valgte gruppen allerede i den første halvårsterminen å søke kunnskap utover erfaringskunnskapen i gruppen, som kunne styrke dokumentasjonspraksis i forhold til aktuelle lover og forskrifter.

Interaktivt litteraturarbeid

Gruppen valgte i samarbeid med forsker å lese⁴² boken *Sykepleiedokumentasjon* (Heggdal 1999) som refererte til sentrale lovendringer i dokumentasjonsplikten, og Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) samt Pasientrettighetsloven (1999) og Helsepersonelloven (1999).

Litteraturarbeidet ble planlagt med individuell lesing og diskusjon av hvert tema/kapittel i gruppen. Valg av litteraturen ble vurdert som relevant for gruppens tema. Erfaringen underveis var imidlertid at enkelte deltagere var forberedt og hadde lest nøye gjennom det

⁴² Sykepleier og høgskolelektor Kristin Heggdal s` nye bok var akkurat utkommet til denne arbeidsterminen.

som var avtalt, mens flere ikke hadde gjort dette. Situasjonen ble løst ved å sette av tid til individuell gjennomlesing av teksten på gruppemøtet og med påfølgende diskusjon etterpå i gruppen. Dette tok selvsagt sin tid, men det skapte samtidig en felles forankring. Den nye helsepersonellovens krav om dokumentasjonsplikt (§ 39) som skulle tre i kraft fra 1.1.2001 stimulerte deltagerne til fortsatt diskusjon av erfaringer om hvilke opplysninger journalen burde inneholde (§ 40), om plikten til å gi pasienten innsyn i journalen (§ 41) samt kravene til journalføringen som retting § 42 og sletting § 43. Tidligere situasjonsbeskrivelser kom gjerne opp igjen i dette arbeidet og flere deltagere kom på nye hendelser ettersom vi leste lovtekstene sammen. Det iterative momentet i læringsprosessen, gav i denne sammenhengen en ny mening hvor erfaringer og kritisk refleksjon genererte ny kunnskap, og forslag til forbedringer i dokumentasjonspraksis ble hjemlet i helselovgivningen.

Pendlingen mellom beskrivelser av ”her-og-nå situasjonen” som var godt kjent for deltagerne i dokumentasjonsgruppen og gjennomgangen av helselovgivningen med forskrifter stimulerte deltagerne til ytterligere deling av erfaringer gjennom hele den første halvårsterminen (t 5). Å avveie hvorvidt gruppen skulle sette av tid til fortsatt erfaringsutveksling og datagenerering eller gå videre med de problemstillingene som var reist, var en vanskelig avveining.

Delrapport og dialoger med lederne

I den første halvårsterminen var de aktive hjelpepleierne i majoritet i gruppen, mens avdelingslederne i sonen kun fungerte som observatører i dokumentasjonsgruppen. Hjelpepleierne og sykepleiernes nye kunnskap om manglene i sonens dokumentasjonspraksis og de fremtidige kravene ved ikrafttredelsen av den nye helselovgivningen som skulle tre i kraft om ett halvt år (1.1.2001) gjorde at deltagerne ønsket å formidle sine nye kunnskaper til medarbeiderne i sonen og til lederne så snart som mulig. På bakgrunn av de identifiserte problemområdene gav sykepleierne og hjelpepleierne i gruppen uttrykk for at en mer aktiv deltagelse og dialog med avdelingslederne var helt nødvendig for å komme videre med arbeidet. De identifiserte problemstillinger i dokumentasjonspraksis i sonen og forslag til videre arbeid ble lagt frem i en oppsummerende delrapport fra dokumentasjonsgruppen til soneleder, distriktsleder og til alle arbeidslagene etter første halvårstermin (t5) (*Dokumentasjon, Delrapport 1-2000).

Deltagerne i dokumentasjonsgruppen fikk ingen faglige kommentarer til den første delrapporten og de identifiserte problemstillingene med forslag til løsninger fra soneledergruppen eller distriktsleder. Uformelt fikk deltagerne imidlertid god støtte fra de nærmeste kollegene i arbeidslagene som også hadde fått informasjon om arbeidet underveis. Forsker tok derfor kontakt direkte med soneledelsen for å avklare om det var ønskelig å fortsette. Den generelle tilbakemeldingen fra soneledelsen var positiv, og de støttet fortsatt arbeid i dokumentasjonsgruppen:

”Har snakket med (leder)gruppen og de vil svært gjerne at du fortsetter. Det samme ønsker jeg. Er veldig fornøyd så langt” (e-post fra soneleder til forsker/august termin 6).

Soneleder klarerte også videre arbeid med distriktsleder, som særlig var opptatt av de økonomiske konsekvensene:

”Har prøvd å avklare en del ting med distriktsleder, blant annet det økonomiske. Vi kjører harde innstramminger, jeg ser at prosjektet ikke belaster oss økonomisk” (e-post fra soneleder til forsker, august t 6).

I samråd med deltagerne i dokumentasjonsgruppen og soneleder, valgte vi å fortsette forskningssamarbeidet i dokumentasjonsgruppen.

Kritisk vurdering som ressurs i læringsfellesskap

I halvårsoppsommeringen vurderte deltagerne at refleksjonene over egne erfaringer med hvordan den enkelte tjenesteutøver faktisk dokumenterte og identifiseringen av problemstillinger i arbeidslagene, samt litteraturarbeidet og den kritiske analysen gav deltagerne en felles forståelse av eksisterende dokumentasjonspraksis i sonen, hva som fungerte tilfredsstillende og hva som burde endres i forhold til *dokumentasjonsplikten* i den nye helselovgivningen som skulle tre i kraft om et halvt år. Med denne kritiske vurderingen oppsummerte gruppen det videre arbeidet med å forbedre dokumentasjonspraksis i sonen i tre ansvarsområder:

- *det administrative ansvaret*
- *opplæringsansvaret*
- *det personlige ansvaret* (*Delrapport 1/Dokumentasjonsgruppen)

Problemstillingene knyttet til det *administrative ansvaret* dreide seg om dokumentasjonsverktøyet var godt nok i forhold til kravene i helselovgivningen, og om ansvarlighet og kontroll med dokumentasjonspraksis ble ivaretatt i tilstrekkelig grad gjennom hele døgnet i sonen. *Opplæringsansvaret* dreide seg både om hvem som hadde ansvar for

opplæring, hvordan opplæringen foregikk og hva personalet trengte kunnskap om i forhold til faglige krav og den juridiske dokumentasjonsplikten. *Det personlige ansvaret* omhandlet helsearbeiderens faglige kunnskap om kravene til journalens innhold (Helsepersonelloven § 40), og behovet for oppdatering om dokumentasjonspliktens juridiske krav (Helsepersonelloven § 39), hvordan den enkelte medarbeider skulle ivareta pasientens medvirkning (Kvalitetsforskriften § 3), pasientens innsynsrett i egen journal (Helsepersonelloven § 41) og spørsmål som hvilket ansvar den enkelte tjenesteutøver hadde når det var signert for en vakt.

8.6 Felles planlegging og interaktiv prøving

Med bakgrunn i de interaktive læringsprosessene som er beskrevet i kapittel 8.4 og 8.5 tok gruppen tak på en lengre arbeids- og læringsfase over tre halvårsterminer der de først utviklet ett nytt papirbasert dokumentasjonsverktøy og en veileder, og dernest planla og gjennomførte medvirkningsbasert opplæring i samarbeid med personalet i sonen og bidrog til endring i praksis med overføring fra gammelt til anvendelse av nytt dokumentasjonsverktøy. Dokumentasjonsgruppens fortsatte det interaktive arbeidet med erfaringsutveksling og litteraturarbeid med felles lesing av den nye helselovgivningen med Forskrift om pasientjournal (2000) og Forskrift om individuelle planer (2001) og diskusjoner. Ved å oppsummere erfaringene hvert halvår og evaluere fremdriften i arbeidet, utarbeidet gruppen i fellskap halvårsplaner og mål tilpasset gruppens og sonens ressurser.

Å ta opp tråden, prioritere og utarbeide delmål

For å ta opp tråden i dokumentasjonsgruppens arbeid i den andre halvårsterminen etter et lengre avbrudd på sommeren, tok gruppen tak i de identifiserte problemområdene fra forrige arbeidsfase. Dokumentasjonsgruppens delrapport gav også nye deltagere, en avdelingsleder og en sykepleier fra gruppen "brukermedvirkning", innsikt i arbeidsprosessene så langt. Kartleggingen og analysearbeidet i forrige arbeidsfase viste at det var behov for flere endringer i den eksisterende dokumentasjonspraksis i sonen. Ansvarsforholdene var uklare, og opplæringen tilfeldig. Ufullstendig dokumentasjon ble også tillagt selve verktøyet som var utslitt og det manglet manual. Deltagerne som hadde satt seg inn i faglige standarder for sykepleiedokumentasjon gjennom litteraturarbeidet og kravene i den nye helselovgivningen som skulle tre i kraft om et halvt år, ønsket et bedre og mer enhetlig dokumentasjonsverktøy i sonen. Dette ble støttet av de nye deltagerne som kom inn i gruppen. Arbeidslagslederne

ønsket å etablere en dokumentasjonspraksis i sonen ”*limt opp til myndighetenes krav*” (feltnotat t/6). Deres oppmerksomhet var først og fremst rettet mot de juridiske kravene om korrekt journalføring. Sykepleierne i gruppen var særlig opptatt av å bedre kartleggingen av pasientenes ressurser og behov. Hjelpepleierne ønsket også en avklaring av ansvarsforholdene knyttet til skriving av daglige rapporter. Gruppen utledet derfor to delmål for videre arbeid:

- *Å sikre at dokumentasjonssystemet i sonen er i overensstemmelse med den nye helselovgivningen*
- *Å spre dokumentasjonsgruppens nye kunnskaper og erfaringer til alle medarbeiderne i arbeidslagene (feltnotat/ t 6).*

Et nytt og bedre dokumentasjonsverktøy

I presenteringen og de reflekterende dialogene var det fremkommet flere ideer til forbedringer av det eksisterende dokumentasjonsverktøyet i sonen. I planleggingsarbeidet ble ulike interne dokumentasjonsskjemaer fra arbeidslagene og kunnskap om bruken av disse hentet frem igjen for videre bearbeiding. Gruppen vurderte de interne dokumentene i lys av ny kunnskap om kravene i Pasientjournalforskriften.

Deltagerne var kjent med at det eksisterte flere ulike dokumentasjonsverktøy til bruk i sykehus og kommuner, men hvilket system ville passe best her hvor personalet arbeidet i arbeidslag? Var det hensiktsmessig med enhetlige skjemaer i hjemmesykepleien og i sykehjemmet? Burde man satse på utvikling av elektronisk pasientjournal? Hvilke journalsystemer bruker de nærmeste samarbeidsparter; sykehus og andre pleie- og omsorgssoner i kommunen? Og hva ville kommunen satse på etter ikrafttreddelsen av den nye helselovgivningen med forskrifter fra 1.1.2001?

Av praktiske og økonomiske grunner valgte gruppen å starte planleggingen av endringsarbeidet med å utvikle et nytt papirbasert dokumentasjonsverktøy. Begrunnelsene for papirbasert journal var flere:

- *tidligere erfaring med opplæring på data viste at det tok svært lang tid*
- *den store turnoveren blant personalet ville kreve for mye dataopplæring*
- *det eksisterende dataprogrammet i kommunen var ikke tilfredsstillende*
- *man manglet datautstyr og det var ikke satt opp noen plan om opplæring eller nytt datautstyr på budsjettene*
- *papirbasert journal ble brukt på sykehuset som sonen samarbeidet med*
- *et papirbasert dokumentasjonssystem var nylig innført i et annet pleie- og omsorgsdistrikt i kommunen og man kunne lære av deres erfaringer*
- *et papirbasert verktøy vil skape mer orden og oversikt i pasientens journal*

- *et papirbasert system ville være enkelt å ta med seg i samtaler med pasientene når man skal kartlegge behov, ønsker og sette opp en pleieplan og dermed være med på å øke pasientens medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene (Kvalitetsforskriften §3) (feltnotat t/6).*

Kunnskap om og eksempler på ulike papirbaserte dokumentasjonsverktøy ble innhentet av en geriatrisk spesialsykepleier og en erfaren sykepleier i gruppen. Relevante systemer og dokumentasjonsskjemaer fra ulike leverandører ble vurdert. Pris og nytte ble lagt frem til diskusjon i gruppen og for soneledergruppen.

Med bakgrunn i deltagerens kunnskap, erfaringer med dokumentasjonspraksis i sonen samt grundige studier av dokumentasjonsplikten og kravene til pasientjournalen i den nye helselovgivningen (Helsepersonelloven 1999, Pasientjournalforskriften 2001) ble et nytt papirbasert dokumentasjonsverktøy tilpasset sonens behov med både hjemmebaserte tjenester og tjenester i sykehjemmet. Ulike dokumentasjonsskjemaer ble gjennomgått i detalj og tilpasset en felles mal. Det nye dokumentasjonsverktøyet, som er en del av pasientjournalen, bestod av flere dokumentark ordnet i dokumentgrupper i henhold til Forskrift om pasientjournal (2001). Deljournal sykepleie bestod av et fast sett basis dokumenter som skulle finnes hos alle pasienter og et sett tilleggsdokumenter og lokale dokumenter som ble benyttet ved behov. Dokumentene skulle oppbevares i mapper for den enkelte pasient i innelåst skap. For å kvalitetssikre bruken av dokumentasjonssystemet utviklet gruppen parallelt en *veileder* med retningslinjer for føring og bruk av sykepleiedokumentasjonen med relevante tilleggsdokumenter (*Veileder til pasientjournalen, deljournal sykepleie) og det ble tatt initiativ til diskusjoner med samarbeidende merkantilt personell vedrørende organisering av journalens innhold og arkivering.

Arbeidslagslederne som arbeidet aktivt i gruppen med utvikling av nytt dokumentasjonsverktøy formidlet kontinuerlig sine erfaringer videre til de øvrige lederne i soneledergruppen og styrket ledergruppens beslutningskunnskap. Ledergruppen i sonen støttet dokumentasjonsgruppens forslag om et nytt papirbasert dokumentasjonsverktøy basert på pasientmapper, og soneleder vurderte de totale økonomiske konsekvensene som gjennomførbare. For å avklare dilemmaer om ansvar, som tidligere var identifisert som et problemområde i dokumentasjonspraksis, utpekte soneledergruppen arbeidslagsleder i hvert arbeidslag som journalansvarlig med overordnet ansvaret for den enkelte pasientjournal (Helsepersonelloven § 39).

Medvirkningsbasert opplæring i sonen

I løpet av arbeidet med dokumentasjonsverktøyet diskuterte gruppen også hvordan det øvrige personale i sonen kunne medvirke i utviklingsarbeidet og ta del i kunnskapsutviklingen. De formidlet derfor sine erfaringer uformelt underveis i arbeidslagene, og arbeidslagslederne var i tett dialog med ledergruppen. Det var ikke ansatt fagkonsulent eller opplæringsansvarlig i sonen og deltagerne i dokumentasjonsgruppen hadde heller ikke erfaring med planlegging og gjennomføring av systematisk opplæring. Vi valgte derfor å ta utgangspunkt i deltagerne oppsummerte erfaringer fra læringsprosessene i aksjonsgruppen for å bidra til medvirkningsbasert opplæring av personalet i sonen.

Refleksjon på egne læringsprosesser

Forsker foreslo at gruppen reflekterte på de interaktive læringsprosessene fra oppstarten av gruppen og frem til nå, med spørsmål som: hva var det første vi gjorde, hva var i fokus og hva har vi opplevd som nyttig og viktig underveis? I denne tilbakevendende prosessen, som i læringsteorien omtales som "metakognisjon" (Dysthe 2001, s. 39) og jeg tidligere har omtalt som "metarefleksjon" i analysearbeidet (se fig 3, s. 68), oppdaget deltagerne trekk ved *egen læringsprosess* og hva det var som hadde motivert til deltagelse i dokumentasjonsgruppen. Å *bli verdsatt* som en som kan noe på tvers av yrker (hjelpepleier/sykepleier/avdelingsleder) og *å bli kjent med ulike synspunkter* og *å få innsikt i at dokumentasjonspraksis varierte i arbeidslagene* var vesentlig. Kritiske spørsmål og refleksjon der egen praksis og dokumentasjonspraksis i sonen ble analysert i forhold til helselovgivningen og kravene i Kvalitetsforskriften hadde vært interessant, og utvidet deltagerens forståelse. Å kunne bidra med denne nye kunnskapen til andre medarbeidere i sonen motiverte nå for videre arbeid. Ved hjelp av gruppens notater og den første delrapporten trakk de sammen følgende innholdsområder som viktige i opplæringen:

- *informasjon om de juridiske rammene for dokumentasjon*
- *styrket oppmerksomhet om hvordan pasienten kan medvirke i planleggingen av de daglige gjøremål samt utforming av planer*
- *bygge på pasientens ressurser i pleieplanen, kjenne pasientens bakgrunn*
- *oppfylle kravene til en helhetlig dokumentasjon; hva skal med, hvor ofte ajourføre(feltnotat/ t 7).*

På bakgrunn av deltagerens erfaringsutveksling vurderte de i tillegg at det var behov for å styrke norskopplæringen til et økende antall medarbeidere med norsk som andre språk i sonen. For å unngå misforståelser og feil i journalføringen, vurderte de at en fadderordning med sjekkliste og individuell opplæring ville være hensiktsmessig for å kvalitetssikre

dokumentasjonspraksis ettersom journalplikten i følge Helsepersonelloven § 39 (1999) gjelder alle som yter helsehjelp. To sykepleiere fra gruppen la frem forslaget til nytt dokumentasjonsverktøy for fysioterapeut og ergoterapeut i sonen, og diskuterte innholdet med dem. Med denne bakgrunnen og målsettingen om å styrke personalets medvirkning og dokumentasjonskompetanse planla dokumentasjonsgruppen tre prioriterte tiltak i det videre endringsarbeidet:

- *Dagsseminar for alle medarbeiderne om dokumentasjon og det nye dokumentasjonsverktøyet.*
- *Overføring av gamle (kardex) data til nytt dokumentasjonsverktøy, der deltagerne fra dokumentasjonsgruppen arbeider sammen med kolleger på eget arbeidslag*
- *Sjekkliste til opplæring av nyansatte i dokumentasjon og fadderordning for alle nytilsatte i 3 måneder (feltnotat/ t 7).*

Erfaringsutvekslingen og metarefleksjonene styrket deltagerens bevissthet om egne læringsprosesser og betydningen av interaktive dialoger og felles lesing av litteratur. Deltagerne vurderte de interaktive læringsformene som meningsfulle i egen kompetanseutvikling. Kunnskapen gav en ny innsikt i sammenhengen mellom l

Overgang til en ny læringskontekst

Fokus i planleggingsarbeidet ble satt på medarbeidernes læring. Overgangen fra aksjonsgruppens lærende arbeidsfellesskap til seminarformen, innebar samtidig en tilpasning til en ny læringsarena og kontekst. Med bakgrunn i dokumentasjonsgruppens oppsummerte erfaringer og refleksjonen over egen læringsprosess, valgte forsker i samarbeid med deltagerne derfor å introdusere Hiim og Hippe's (1998) didaktiske relasjonsmodell for å styrke forståelsen av læringsprosesser og sammenhengen mellom *læreforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, læreprosess og vurdering*. Begrepet didaktikk defineres her som "praktisk teoretisk planlegging, gjennomføring, vurdering og kritisk analyse av undervisning og læring" (Hiim og Hippe 1998, s. 9). Anvendelsen av den didaktiske modellen og de teoretiske begrepene fungerte slik sett som ett hjelpemiddel, mens deltagerens kunnskapsutvikling var dynamisk og utfoldet seg gjennom de interaktive lærings erfaringene. Ved å knytte ny teori til forberedelsesarbeidet og grundig gjennomtenke egne lærings erfaringer, ble sammenhenger mellom deltagerens egne erfaringer som ellers kunne vært vanskelig å sammenkoble synlige. Deltagerne pekte for eksempel på at læring i en liten gruppe på tvers av arbeidslagene hadde vært viktig rammefaktor. Man hadde fått kjenneskap til ulike praksisformer og kunnet dele sine erfaringer. Teori og erfaring fungerte dermed komplementært.

Ved planleggingen av dagseminaret for medarbeiderne ble rammefaktorer som antall deltagere på hvert kurs, hvor det kunne gjennomføres, hvilke hjelpemidler som var nødvendige, hvordan tilpasse seminarene til turnus og mulighet for økonomisk støtte, vurdert. Begrepet læreforutsetninger ble knyttet både til egen og medarbeidernes motivasjon for seminaret og mulige motstand mot endring, og hva de kunne anta medarbeiderne visste og hadde behov for å lære mer om. Mål og valg av innhold for dagsseminaret ble sett i forhold til helselovgivningen og faglige krav til sykepleiedokumentasjonen og hvilke skritt som kan taes videre for å oppnå forståelse for sykepleiedokumentasjon og anvendelse av det nye verktøyet. For å styrke læreprosessene ble det satt av tid til diskusjoner med deltagere på seminaret, og planlagt hvordan gruppen skulle ta vare på kommentarer fra deltagerne i videre arbeid. Evaluering inkluderte både seminardeltagernes vurdering av seminaret samt oppsummering fra dokumentasjonsgruppens gjennomføring med dagsseminaret.

Det ble søkt om økonomisk støtte til gjennomføring av seminarene fra opplæringsmidler i kommunen og om støtte fra samarbeidende virksomhetsledere (i det tidligere distriktet) til ett demonstrasjonssett av dokumentasjonsverktøyet som læringsmidler til felles bruk. Søknadene om støtte ble ikke imøtekommet. Virksomhetslederen i felt 2 valgte derfor å innarbeide utgiftene i eget driftsbudsjett.

Å forberede eget bidrag

Å forberede dokumentasjonsseminar innebar også et praktisk didaktisk arbeid, med fordeling av arbeidsoppgaver i gruppen og forberedelse av eget bidrag. Dette var nytt for de fleste i gruppen. Arbeidsfordelingen var demokratisk. Noen valgte å forberede seg parvis. Alle utarbeidet et eget notat med overhead, gruppen presenteret innlegget i gruppen først. Ris og ros, men først og fremst støtte fra kollegene man etter hvert var blitt kjent med var en god forberedelse. I tillegg til egen forberedelse brukte deltagerne i aksjonsgruppen 14 arbeidstimer til planleggingen av opplæringen og dagsseminaret.

Deltagelse og gjennomføring av seminar

Av hensyn til det daglige arbeidet i arbeidslagene og undervisningsrommets størrelse var det nødvendig å begrense antallet deltagere i hvert dokumentasjonsseminar. For å stimulere til erfaringsutveksling, ble det oppfordret til at seminardeltagerne ble satt sammen fra flere arbeidslag og på tvers av turnus arbeid. Seminaret var åpent for alle medarbeidere i sonen og hjelpepleierelever/omsorgsarbeiderlærlinger og sykepleierstudenter som ønsket å delta.

Dagsseminaret ble gjennomført i puljer av 15 personale på tvers av arbeidslagene og gjentatt 6 ganger. Det ble satt av tid både til formidling, diskusjoner, gjennomgang av nytt dokumentasjonsverktøy og arbeid med case (se Tabell 17 Program). Programmet ble godkjent av Norsk Sykepleieforbund som meritterende til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie med 7 timer.

Tabell 17: Program, dokumentasjonsseminar (felt 2)

7.50	Kaffen står klar	11.00 – 11.45	Felles lunsj
8.00 - 8.10	Bakgrunn for seminaret, ved virksomhetsleder Venke Vik	11.45 – 12.15	Hvordan kan vi anvende kravene i Kvalitetsforskriften (1997) i dokumentasjonsprosessen, ved høyskolelektor/dr. stipendiat (navn)
8.00 – 8.10	Presentasjon av kvalitetssirkelens arbeid med dokumentasjon, ved hjelpepleier Helene Hovde ⁴³ og sykepleier Sara Svendsen	12.30 – 13.30	Hvordan kan vi anvende det nye dokumentasjonsverktøyet. Arbeid i grupper med case, ved sykepleier Sissel Sund og geriatrisk sykepleier Synnøve Seier.
8.30 – 9.00	Love og forskrifter om dokumentasjonsplikten ved avdelingsleder Anne Andersen	13.45 – 14.30	Hvordan skrive daglige rapporter i tråd med pleieplanen? Om skrivemåten, ved sykepleier Sara Svendsen. Om journalforskriftens krav til retting, sletting og oppbevaring, ved avdelingsleder Anette Almedal
09.15 – 11.00	Presentasjon av nytt dokumentasjonsverktøy, ved sykepleier Sissel Sund og geriatrisk sykepleier Synnøve Seier	14.40 – 15.00	Hva kan <u>du</u> gjøre nå?

Virksomhetsleder bidrog ved åpningen av det første seminaret rettet fokus mot behovet for å kvalitetssikre dokumentasjonspraksis:

Sonelederen viste til saker som har vært hos Fylkeslegen og i rettsapparatet. Ett eksempel på mangelfull dokumentasjon dreide seg om en person som var innlagt på sykehjemmet i lang tid: det var ikke på noe sted, tidspunkt dokumentert for at personen var dement (feltnotat fra seminar/ t 7).

Formidlingen ble fordelt i dokumentasjonsgruppen mens hele gruppen deltok i diskusjonene og noterte kommentarer og forslag til forbedringer fra medarbeiderne til dokumentasjonsverktøyet, som senere ble innarbeidet i veilederen til pasientjournalen. Seminardeltagerne forsterket den lokale kunnskapen om at dokumentasjonen var usystematisk og mangelfull:

”Det er ikke noe vits med pleieplaner når de er skrevet for 3 år siden, og det mangler vurderinger” (seminardeltager/hj.pl, t /8).

Seminardeltagerne hadde også konkrete spørsmål om korrekt journalføringen i henhold til helselovgivningen, og nyttige innspill blant annet til bruk av forkortelser:

⁴³ Alle navn er anonymisert: sykepleiere (s), hjelpepleiere (h), avdelingsleder (a), virksomhetsleder (v)

”Hos oss har vi mange tegn på hygienekortet” (hj.pl, seminar t/8).

En oversikt over alminnelige brukte forkortelser ble derfor innarbeidet i veilederen til dokumentasjonsverktøyet, ”Veilederen til pasientjournalen”, som også inneholdt sentrale hovedpunkter fra seminarenes innhold. ”Veilederen” var tilgjengelig på vaktromme og ble på denne måten en støtte for de som ikke fikk deltatt på seminaret og for personalet i hele virksomheten/sonen.

Planlegging og interaktiv prøving på tvers av arbeidslag som ressurs i læringsfellesskap

Nytt dokumentasjonsverktøy

Arbeidet med utvikling av det papirbaserte dokumentasjonsverktøyet aktiverte samhandlingen mellom deltagerne i aksjonsgruppen og soneledergruppen. De løpende diskusjonene med valg av papirbasert eller elektronisk verktøy, verktøyets innhold og prisoverslag skapte et felles eierforhold til utviklingsarbeidet på tvers av aksjonsgruppens deltagere og soneledergruppen.

Seminarene

Planleggingen og den aktive prøvingen av nye læringserfaringer bidrog til interaktiv kunnskapingen. Dokumentasjonsgruppen opplevde stor pågang fra kollegene som ønsket å delta på dokumentasjonsseminaret, og mange var ivrige etter å komme i gang med det nye dokumentasjonsverktøyet. For å kunne gjennomføre opplæringen av medarbeidere i sykehjemmet og de hjemmebaserte tjenestene i største mulig grad innenfor virksomhetens ressurser var det nødvendig å organisere seminarne i små puljer og gjentatt ganger.

Læringskonteksten for turnusarbeidere i pleie- og omsorgstjenestene stiller med andre ord spesielle vilkår. I løpet av ett halvt år hadde 89 tjenesteutøvere deltatt på dokumentasjonsseminarene, men det var fortsatt noen som ikke hadde deltatt og nyansatte var kommet til. Sonelederen etterlyste derfor en handlingsplan for videre opplæring i termin 8.

Dokumentasjonsgruppen gjennomgikk erfaringene etter seminarne og tilpasset innholdet og metodene. Da gjennomføringen strakk seg over tid, måtte deltagerne i gruppen også tilpasse arbeidsfordelingen på grunn av sykdom og overgang til andre stillinger. I tilknytning til erfaringsoppsummeringene vurderte også gruppen innholdet i ny Forskrift om individuelle planer (2001) samt informasjon om innføring av individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

IPLOS fra Sosial - og helsedepartementet (2001). En sykepleier i gruppen deltok også på eksternt kurs om IPLOS.

Erfaringsutvekslingen og innarbeidingen av kommentarene fra seminar deltakere styrket den medvirkningsbaserte kunnskaps- og kompetanseutviklingen knyttet til dokumentasjon i hele virksomheten. De deltagende arbeidslagsledere gav endringsforslagene legitimitet i soneledergruppen:

”Viktig at vi var to (avdelingsledere) fra dokumentasjonsgruppen. Selv om vi ikke har vært like aktive i gruppen hele tiden, kunne vi utfylle hverandre (i soneledergruppen)” (feltnotat/avd.1/t 6/7).

Rapportene om fremdriften underveis til ledergruppen bidro til effektiv informasjonsutveksling med dokumentasjonsgruppen. Ledergruppen støttet på denne måten aktivt opp om kvalitetsutviklingsarbeidet i dokumentasjonsgruppen, som arbeidet med ett viktig forbedringsområde for hele sonen. Gjennomføringen av seminarne ble beskrevet som et positivt løft i sonen.

8. 7 Endring og standardisering

For å kunne endre dokumentasjonspraksis og sørge for at endringene vedvarte utover prosjektfasen, ble det satt av mye tid til planleggingen av opplæring og endringsforslagene i termin 7 og 8. Endringene og den nye standardiseringen av dokumentasjonssystemet involverte alle yrkesgruppene på tvers av arbeidslagene i sonen. I avslutningsfasen av forskningssamarbeidet ble det fortsatt reist spørsmål til videre forbedringsarbeid internt i sonen og i samarbeid mellom virksomheter i kommunen.

Overføring av gamle data til nytt dokumentasjonsverktøy

Å innføre et nytt dokumentasjonsverktøy innebar en arbeidskrevende overføringsprosess. Tre alternative arbeidsprosesser ble vurdert:

- *Å innføre nye dokumentasjonsmapper gradvis til nye pasienter*
- *Å engasjere en sekretær som overførte data fra gammelt til nytt system*
- *Å overføre alle data fra gammelt system til pasientmapper ved å engasjere primærkontaktene i alle arbeidslagene i et deltagende samarbeid med dokumentasjonsgruppen (feltnotat/ t7).*

Det første alternativet ble antatt å strekke seg over for lang tid og ble forkastet. Det andre alternativet var anbefalt fra et annet distrikt i kommunen. Det så svært ryddig ut, men ville ikke i samme grad som det siste stimulere til medvirkning og læring hos medarbeiderne. For å

engasjere primærkontaktene i arbeidslagene og medarbeidere som kjente pasientene godt, vurderte deltagerne i aksjonsgruppen at personalet selv kunne overføre data til det nye dokumentasjonsverktøyet etter gjennomført dokumentasjonsseminar. Aksjonsgruppens deltagere begynte med overføringen i ett arbeidslag og fikk gode erfaringer. Da dokumentasjonsgruppens deltagere var sammensatt på tvers av arbeidslagene, deltok alle i sine arbeidslag som ressurser ved overføringen. Ved å arbeide parvis deltok medarbeiderne i sonen etter hvert aktivt i overføringen og fikk innsikt i bruken av dokumentasjonsverktøyet. Den medvirkningsbaserte overføringsprosessen bidro dermed til en effektiv kunnskapsspredning i sonen. Arbeidslagslederne som var definert som journalansvarlige, ivaretok spesielt spørsmål og krav til selve journalføringen og innsynsretten.

Alle arbeidslagene satte av tid til overføring av data fra det gamle kardex systemet til nytt verktøy med pasientmapper. Dette tok tid, men ble samtidig evaluert som en spennende og medvirkningsbasert læreprosess. Mange tjenesteutøvere erfarte at de måtte innhente nye opplysninger om pasienter de ellers mente de kjente godt, og pleieplanene ble dermed ajourført.

Kontinuerlige forbedringsprosesser?

Standardiseringen av dokumentasjonsverktøyet i sonen, innebar en mer enhetlig praksis i alle arbeidslagene i sonen inklusive spesialavdelinger. Det systematiske endringsarbeidet avdekket samtidig nye problemstillinger og rutiner som kunne forbedres for å kvalitetssikre dokumentasjonssystemet.

Standardiseringen av del journal sykepleie inneholdt 15 ulike dokumentark. Avslutningsvis tilpasset dokumentasjonsgruppen "Veilederen" til det nye dokumentasjonsverktøyet til nye kommunale retningslinjer (se under) og la dette frem for arbeidslagene og avdelingsledergruppen. Ved avslutningsseminarene og i oppsummeringsrapportene fra forskningssamarbeidet pekte dokumentasjonsgruppen på konkrete tiltak for å videreføre opplæringen av alle nytilsatte, og foreslo en evaluering av praksis med det nye dokumentasjonssystemet etter ett år. I tillegg ble det pekt på behov for vurdering av spesifikke dokumentasjonsskjemaer i samarbeid med lege, fysioterapeut, ergoterapeut og andre tverrfaglige medarbeidere til kartlegging og vurdering av spesifikke behov og funksjoner.

Ett felles journalsystem i kommunen?

Helse Lovgivningen pålegger alle virksomheter innen pleie- og omsorg å utarbeide et tilfredsstillende pasientjournal system. For å styrke samhandlingen ved utskrivning av pasienter fra sykehuset til kommunehelsetjenesten og overflyttinger mellom pleie- og omsorgsdistriktene i kommunen, vurderte dokumentasjonsgruppen at det burde være så like pasientjournalsystemer som mulig. På denne bakgrunnen tok dokumentasjonsgruppen kontakt med kommunens juridiske rådgiver, og beskrev samtidig gruppens lokale forbedringsarbeid med dokumentasjonsverktøyet i virksomheten. I dialogen med kommunens juridisk rådgiver kom det fram at forslag om nye kommunale retningslinjer allerede var sendt ut til høring fra rådmannen til virksomhetene sommeren 2001 (overgangen mellom forskningstermin 7 og 8). Ved høringsfristens utløp var det kommet få tilbakemeldinger fra virksomhetene. Virksomhetslederne i felt 1 og 2 hadde heller ikke gitt informasjon til noen av aksjonsgruppene om høringsrunden.

Da det var få høringskommentarer ble dokumentasjonsgruppen oppfordret til å gi en skriftlig kommentar til høringsrunden til de kommunale retningslinjene for pasientjournal (september /t 8). Dokumentasjonsgruppen så dette som en mulighet til dialog nedenfra og utarbeidet umiddelbart en skriftlig kommentar med uttrykk for en positiv holdning til felles retningslinjer for hele kommunen. Med bakgrunn i gruppens erfaringer reiste vi samtidig flere aktuelle problemstillinger og avklaringer i forhold til praktisering av innsyn i journal, retting og sletting, og om virksomhetene burde pålegges opplæringsansvar i forhold til dokumentasjonsplikten.

Dokumentasjonsgruppen gav i høringsuttalelsen også en kortfattet informasjon om hvordan gruppen hadde arbeidet med temaet dokumentasjon og at sonen hadde valgt å innføre ett nytt papirbasert pasientjournalsystem for å ivareta kravene i Pasientjournalforskriften (2001). Gruppen gav samtidig uttrykk for at de gjerne ville dele sine erfaringer med andre i kommunen. Gjennom sonens ledelse fikk dokumentasjonsgruppen senere informasjon om at en sentral arbeidsgruppe var opprettet hos rådmannen for å komme med forslag til reviderte ”Retningslinjer for pasientjournal i omsorgstjenestene”.

Interaktiv kunnskaping og kompetanseutvikling i virksomheten

Deltagerne i dokumentasjonsgruppen og soneledergruppen evaluerte resultatene av dokumentasjonsgruppens arbeid i sonen som svært positive. Gruppen fornyet sykepleiedokumentasjonen og et nytt dokumentasjonsverktøy ble standardisert som praksis i hele sonen i løpet av forskningssamarbeidet. Dokumentasjonsgruppen utarbeidet i samarbeid med medarbeidere og avdelingsledere i sonen i tillegg en veileder til dokumentasjonsverktøyet, som anvendes i ettertid.

De ulike arbeidsprosessene i kvalitetsutviklingsarbeidet førte til ønskede endringer i dokumentasjonspraksis. De systematiske tiltakene for å oppsummere gruppens erfaringer i hver termin og spredningen av informasjon fra dokumentasjonsgruppen til medarbeiderne i sonen underveis har vært vesentlige faktorer i gruppens interne fremdrift. Spredning av erfaringer og kunnskap engasjerte både arbeidslagslederne og tjenesteutøverne i sonen i et aktivt samhandlingsarbeid. Ved avslutningen av forskningssamarbeidet, avsluttet deltagerne i dokumentasjonsgruppen sitt arbeid og avgav sluttrapport til ledergruppen i sonen.

Aksjonsgruppen hadde identifisert nye problemstillinger. Tjenesteutøverne i gruppen mente at andre medarbeidere kanskje kunne fortsette dette viktige arbeidet. Det ble gjennomført to sluttseminarer; ett med fremlegg av sluttrapport til ledergruppen i sonen og ett erfaringsoverføringsseminar for medarbeidere som skulle starte opp et nytt prosjekt. Det ”nye” prosjektet tok opp tråden fra ett av temaene i kvalitetsutviklingsarbeidet i sonen som var identifisert tidligere.

Oppsummering

Kvalitetsutviklingsarbeidet, læringsprosessene og resultatene av dokumentasjonsgruppens arbeid hadde et praksisnært fokus der hver læringsdimensjon bygget på hverandre. I motsetning til kvalitetsutviklingsarbeidet i felt 1, som var avgrenset til ett arbeidslag, involverte utviklingsprosessene i dokumentasjonsgruppen alle medarbeidere på alle nivåene i sonen. Selv om det kun var to deltagere i dokumentasjonsgruppen som deltok fra begynnelse til slutt evnet gruppen å involvere nye medarbeidere på tvers av arbeidslagene og kunnskapen ble effektivt spredd i hele sonen. Det synlige resultatet ved endring av det papirbaserte dokumentasjonsverktøyet ble vurdert som et løft i sonen. Dokumentasjonsgruppens deltagere var også svært fornøyd med fremdriften i arbeidet og resultatene, men i oppsummeringene pekte de på at det fortsatt var flere problemstillinger som ikke var løst. Erfaringen var slik sett

at jo mer de arbeidet og reflekterte, jo mer kom det til syne stadig nye problemstillinger. Arbeidsformene har likhetstrekk med problembasert læring og prosjektarbeid (Westhagen 1995), men i motsetning til prosjektarbeid som har en avtalt arbeidsperiode, erfarte deltagerne at kvalitetsutviklingsarbeidet ikke hadde noen endelig slutt. Utfordringene i pleie- og omsorgstjenestene fordrer tvert imot kontinuerlige endringsprosesser for å kartlegge og dokumentere den enkelte pasients behov og samtidig styrke personalets læring og kompetanse.

8. 8 Personlige arbeidsmapper

Under introduseringen av kvalitetsutviklingsarbeidet i de to gruppene i forskningsfeltet 2, var deltagerne svært opptatte av hvordan arbeidsgiver ville tilrettelegge for at det ble mulig for den enkelte å delta innenfor arbeidstiden med turnusarbeid. Stor arbeidsmengde og mange sykemeldte (4 av 11 i dok.gruppen var sykemeldte), pluss dårlig timing med valg av temaer like før jul gjorde de påmeldte deltagerne frustrerte. Soneledelsen gav på den annen side uttrykk for at arbeidet skulle prioriteres så langt det var mulig. For å gjøre gruppearbeidet synlig i antall timer for soneledelsen, kom vi frem til at hver deltager skulle dokumentere sitt arbeid med dato, møtetid, temaer og alle delarbeider som viste innsats, fremskritt og prestasjoner innen et eller flere områder i en *personlig arbeidsmappe* (se tabell 20, s. 250). I tillegg førte forsker en møteprotokoll for deltagelse i alle aksjonsgruppene.

Introduseringen til deltagelse i aksjonsforskningssamarbeidet ble samtidig opplevd som en spennende mulighet til å gjøre noe nytt. Selv om noen deltagere var plassert i gruppen uten medvirkning, opplevde de temaene som relevante. Deltagerne pekte også på mulighetene for veiledning i kvalitetsutviklingsarbeidet gjennom forskningssamarbeidet som en positiv mulighet.

Utvikling av arbeidsmappens innhold

I utviklingen av arbeidsmappen valgte vi å ta utgangspunkt i Norsk Sykepleierforbunds [NSF] godkjenningsordning for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie (NSF 2001), og tilpasset kravene for alle yrkesgrupper. Selv om kriteriene er yrkesspesifikke, valgte deltagerne å arbeide ut fra denne rammen.

NSFs modell for kompetanseutvikling har kriterier for kliniske spesialister i sykepleie ut fra to nivåer: Nivå 1 for sykepleiere uten videreutdanning og Nivå 2 for sykepleiere med

videreutdanning. Kriteriene for begge nivåer inneholdt fem komponenter, som er fremstilt i tabell 18 (NSF 2001).

Tabell 18: Kriteriene for godkjenning som klinisk spesialist (NSF 2001)

KLINISK PRAKSIS	VEILEDNING	TEORI / KURS	LITTERATUR	SKRIFTLIG ARBEID
Minimum 5 år	120 timer / 200 timer for psykiatrisk sykepleier	150 timer/ 80 timer for psykiatrisk sykepleier	4000 sider relevant litteratur	Maksimum 15 maskinskrevne sider A-4 format.

Kriteriene for godkjenning som klinisk spesialist i sykepleie tar utgangspunkt i sykepleierens egen praksis og har som formål å heve yrkesutøverens kompetanse. Fag- og helsepolitisk avdeling i Norsk Sykepleierforbund har ansvar for godkjenningsordningen. Den enkelte sykepleier/ spesialsykepleier er selv ansvarlig for å søke godkjenning som klinisk spesialist. Søker må være medlem av NSF.

Tabell 19: Systematisering av innholdet i arbeidsmappen

1. Utdanning/ yrkeserfaring	En oversikt over: - utdanning med utdanningssted/år autorisasjon eller lisens). - ansettelser med tilsettsdato og stillingsandel.
2. Relevante kurs	Kurs av betydning for nåværende yrkesutøvelse. Kursprogram og kursbevis vedlegges. Antall timer. Er kurset godkjent som meritterende til klinisk spesialist?
3. Relevant litteratur	Lest litteratur med relevans for nåværende yrkesutøvelse: - fag bøker, fagartikler, avis artikler, skjønnlitteratur. - systematisk referanseliste med forfatter, tittel på bok/ artikkel i tidsskrift, årstall for utgivelse, forlag, utgivelssted og - år. Antall sider til hver kilde. Legg ved avisartikler.
4. Kliniske hovedfunksjoner	Arbeidssted, dato, stilling og stillingsandel. En beskrivelse av hovedfunksjoner (primær ansvar, spesielle oppgaver, veiledning av studenter/elever), deltagelse i aksjonsgrupper/ kvalitetsutviklingsarbeid i sonen eller minimum to situasjonsbeskrivelser med tilhørende refleksjonsnotat utarbeides hvert år. Notatet kan utarbeides individuelt eller i samarbeid med kolleger og eller veileder.
5. Veiledning	Faglig veiledning dokumenteres med dato, tema, antall timer og signeres av veileder. Systematisk kollegaveiledning dokumenteres med dato, tema, antall timer og signeres av overordnede. Veiledning kan forgå individuelt eller i gruppe.
6. Formidling	Gjennomført undervisning internt eller eksternt på personalsamlinger, seminarer/kurs eller formell utdanning dokumenteres med kursprogram og antall timer. Eget undervisningsnotat fra undervisningen maks 15 sider vedlegges. Intern undervisning dokumenteres av nærmeste leder. Er undervisningen/kurset godkjent som meritterende til klinisk spesialist i sykepleie? Utarbeiding av poster, plakater, brosjyremateriell dokumenteres med vedlegg/ annen dokumentasjon. Gjennomført prosjektarbeid dokumenteres med skriftlige rapporter, maks 15 sider.

Gjennom kvalitetsutviklingsarbeidet i felt 2 valgte vi i tillegg til de formelle kravene som NSF godkjenningsordning til klinisk spesialist krever, å legge særlig vekt på kompetanseutvikling i grupper og kunnskapsspredning (se tabell 19). Med dette

utgangspunktet tok vi både hensyn til, og videreutviklet, innholdet og kravene til Norsk Sykepleierforbunds godkjenningsordning for klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie (NSF 2001). Vi valgte derfor å inkludere dokumentert deltagelse i aksjonsgruppen, personlige notater/referater, forberedende notater til intern undervisning og innlegg på seminarer i tillegg til delrapporter og prosjektrapporter. Arbeidsmappen inkluderer utdanning, tidligere yrkeserfaring, relevant teoretisk arbeid (kurs og litteratur), kliniske hovedfunksjoner, ulike former av veiledning og formidling (tabell 19).

Arbeidsmappens punkt 1 gir en samlet oversikt over yrkesutøverens utdanning og tidligere yrkeserfaring, mens punktene 2 -6 synliggjør relevant klinisk kompetanseutvikling. Systematiseringen og innholdsoversikten var felles for alle yrkesgruppene.

Analyse av systematiserte arbeidsmapper

Deltagerne i dokumentasjonsgruppen systematiserte sine individuelle arbeidsmapper som skissert foran og analysene av disse mappene inngår i forskningsarbeidet⁴⁴. Arbeidsmappen er tjenesteutøverens dokumentasjon på egen kompetanseutvikling. De individuelle arbeidsmappene kan samtidig gi grunnlag for vurdering av klinisk kompetansebygging.

Tre sykepleiere og en hjelpepleier fra dokumentasjonsgruppen systematisert sine arbeidsmapper ved avslutningen av forskningssamarbeidet retrospektivt for siste 5 års periode (fra 1997 – 2002) (se vedlegg 13: Analyse av arbeidsmapper). Analysen innbefattet arbeid som kan knyttes til pasientrettet arbeid og klinisk kompetanseutvikling (se tabell 20). Det vil si at kurs og litteratur med tilknytning til arbeidsmiljø som helse, miljø, sikkerhet (HMS-arbeid), tillitsvalgтарbeid, administrasjon og personalforvaltning ikke er tatt med.

Analysen av arbeidsmappene viste at deltagerne i dokumentasjonsgruppen, over en 2 års periode i aksjonsgruppen innfridde flere av kravene Norsk Sykepleierforbund (2001) stiller for godkjenning som klinisk spesialist for sykepleiere uten videreutdanning (nivå 1). Alle innfridde kravet om mer enn 5 års klinisk praksis fra det feltet de arbeider i (eldre personer med langtidsopphold i sykehjem og hjemmesykepleie), og kravene om formidling og skriving av rapporter i løpet av prosjektperioden.

Deltagelse i dokumentasjonsgruppens samtaler med prosessleder som godkjent veileder, varierte fra 35-69 timer mot NSF veiledningskrav på 120 timer. I tillegg fungerte alle som kollegaveiledere i forbindelse med overføringen til nytt dokumentasjonsverktøy, varierende

⁴⁴ Initiativet til bruk av arbeidsmapper ble fremmet av deltagerne i felt 2, og inngår ikke i analysene i felt 1.

fra 5 – 25 timer. Når det gjaldt kravene om 150 kurstimer, hadde deltagerne i dokumentasjonsgruppen dokumentert fra 20-89 kurstimer over 5-års periode.

Selv om deltagerne i dokumentasjonsgruppen arbeidet aktivt med helselovgivningen og litteratur med tilknytning til pasientjournalen, hadde det teoretisk arbeidet størst mangler sett i forhold til kravene om 4000 sider for godkjenning som klinisk spesialist. Antall sider lest litteratur oppgitt med referanseliste varierte fra 197 – 1553 sider.

Deltagerne i dokumentasjonsgruppen vurderte mulighetene for å delta på kurs som dårlige. Først og fremst vurderte deltagerne at det var vanskelig å få permisjon med lønn for å delta på kostbare eksterne kurs. Kommunens opplæringsavdeling tilbød i prosjektperioden 1998-2002 flest kurstimer innen forvaltning og dataopplæring (analysert i henhold til intern kurs katalog fra Opplæringsavdelingen). Sonen/virksomheten abonnerte ikke på fagtidsskrifter og det fantes svært få fagbøker til utlån. 3 boktitler ble kjøpt inn til prosjektet i felt 2. I tillegg var lover, forskrifter og rundskriv fra Helsetilsynet tilgjengelige i sonen.

Deltagerne som bidrog i analysene med systematiseringene av sine personlige arbeidsmapper, evaluerte dette arbeidet svært positivt. Deltagerne la vekt på at arbeidsmappen gav dem en samlet oversikt som de ikke hadde hatt tidligere over egen kompetanseutvikling, og de ville gjerne benytte den videre i fremtidige medarbeidersamtaler.

Oppsummering

Arbeidsmappen er en systematisk samlet dokumentasjon av den faglige utvikling den enkelte yrkesutøver gjennomgår over en gitt tidsperiode. En arbeidsmappe kan inneholde egne mål, planer og vurderinger og andres vurderinger av yrkesutøverens teoretiske og praktiske arbeid/erfaringer. Arbeidsmappen gir den enkelte yrkesutøver en samlet oversikt i forhold til egen kompetanseutvikling og synliggjør områder for videre arbeid.

DEL III: LÆRENDE PRAKSISFELLESSHAP OG INDIVIDUELL KOMPETANSEUTVIKLING

Denne siste delen av avhandlingen har tre kapitler, hvorav de to første oppsummerer studiens hovedresultater (kapitlene 9 og 10). Kunnskap om forutsetningene for og kjennetegn ved organiseringen i kvalitetsutviklingsarbeidet oppsummeres først (forskningsspørsmål 1), deretter hva som virket fremmende og hemmende på arbeids- og læringsprosessene i aksjonsgruppene og personalets kompetanseutvikling (forskningsspørsmål 2).

I dette avsluttende kapitlet rettes oppmerksomheten igjen mot studiens mål og et fremtidig perspektiv der kommunehelsetjenesten og utdanningssektoren står overfor vedvarende krav og utfordringer om kvalitets- og kompetanseutvikling både i sykehjem og hjemmebasert omsorg.

KAPITTEL 9 HVA VIRKET FREMMENDE PÅ KVALITETSUTVIKLINGSARBEIDET OG LÆRINGSPROSESSENE

Kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem og hjemmebaserte tjenester omfatter i stor grad nære samhandlingsaktiviteter mellom det enkelte tjenesteutøver og pasienten. På dette området har ledere liten innsikt, og tjenesteutøverne stor makt. For å ivareta forutsigbarhet og kontinuitet i tjenestene må tverrfaglig samhandling, og samspillet mellom tjenesteutøvere, og mellom tjenesteutøvere og ledere være i fokus. Kvalitetsutvikling i tjenestene innebærer deltagelse i interaktive arbeids- og læringsprosesser. Kapitlet tar også opp hvordan tjenesteutøvere kan dokumentere individuell kompetanseutvikling ved hjelp av arbeidsmapper.

9.1 Forutsetninger og kjennetegn ved kvalitetsutviklingsarbeidet

Overordnede forutsetninger

Forskningssamarbeidet ble initiert gjennom samtaler med pleie- og omsorgssjefen og distriktsledelsen i ett pleie- og omsorgsdistrikt i en kommune. Ett viktig kjennetegn er videre

at Forskrift om kvalitet for pleie- og omsorgstjenestene (1997) ble valgt som standard for arbeidet. Kvalitetsutviklingsarbeidet er følgelig topplederinitiert og har grunnlag i en nasjonal forskrift. Felles fag- og lederseminarer (dialogkonferanser) i distriktet med fokus på kravene i Kvalitetsforskriften (1997), som beskrevet i kap 6.1, bidrog til informasjonsutveksling og gav utviklingsarbeidet legitimitet på alle nivåer i organisasjonen. Utviklingsarbeidet i distriktet var grunnlagt på medvirkningsbaserte utviklingsprosesser (Statens helsetilsyn 1998b;1998c).

Forskningssamarbeidet ble avgrenset til to av tre soner i distriktet; hvorav fokus er rettet mot ett arbeidslag i sone Sentrum (felt 1) og to grupper fra alle arbeidslagene og en enhet i sone Sør (felt 2). Samarbeidet med felt 1 vedvarte i 4 år, mens deltagerne i felt 2 kom med i de siste 2 årene. Viktige forutsetninger i de kommunale planene for pleie- og omsorgstjenestene var organisering av tjenestene ved integrerte arbeidslag der personalet arbeidet både i hjemmebaserte tjenester og en sykehjemsavdeling, primærkontaktsystemet og tverrfaglig samarbeid.

Kjennetegn ved tilnærmingene

Lederne i begge felt ønsket å involvere personalet i kvalitetsutviklingsarbeidet, men sett fra pleiepersonalets perspektiv ble oppstarten med valg av temaer erfart svært ulikt (se tabell 20).

Tabell 20: Organisering av kvalitetsutviklingsarbeidet

	FELT 1	FELT 2
Strategi	Desentralisert og deltagerstyrt Aksjonsgrupper i ett arbeidslag	Lederinitiert og medvirkningsbasert Aksjonsgrupper på tvers av arbeidslag
Personalsammensetting	Pleiepersonalet (ikke natt) og leder i ett arbeidslag og tverrfaglige medarbeidere fra sonen	Pleiepersonalet inklusive natt og ledere på tvers av 4 arbeidslag og en spesialenhet.
Temavalg	Personalet og arbeidslagetts leder	Styringsgruppe i sonen
Definering av problemstillinger innen temaet	Deltagerne	Deltagerne
Antall grupper pr halvår	4 – 8	1 – 2
Tidsressurs pr gruppe	Ca 10 timer pr halvår	Ca 20 timer pr halvår

Strategi og temavalg

I felt 1 var valget av temaer og organiseringen av arbeidet desentralisert til arbeidslagene og enhetene i sonen. Valg av temaer var basert på kartleggingen og analysene av

tjenesteutøvelsen og arbeidsformene i samarbeid med tjenesteutøvere i arbeidslaget og arbeidslagets leder, hvor grunnleggende verdier i arbeidsfellesskapet og aktuelle problemstillinger for videre kvalitetsutviklingsarbeid i arbeidslaget ble identifisert (beskrevet i kap. 5). Valg av temaer og etableringen av aksjonsgrupper var også i overensstemmelse med personalets uformelle fordeling i sykehjemsavdelingen og hjemmebaserte tjenester.

I felt 2 oppnevnte ledergruppen en styringsgruppe bestående av erfarne sykepleiere som definerte aktuelle temaer for det kvalitetsutviklende arbeidet på tvers av arbeidslagene i sonen. Tilnærmingen var initiert fra ledergruppen i sonen. Alt personalet ble deretter invitert til å velge ett av de definerte temaene. Da jeg møtte deltagerne i de to gruppene i felt 2, vurderte de temaene for kvalitetsutviklingsarbeidet som aktuelle, men de opplevde arbeidet som pålagt og de var i liten grad kjent med forarbeidet i soneledergruppen. Deltagerne i felt 2 gav uttrykk for sterk grad av frustrasjon over manglende informasjon og medvirkning. Ettersom arbeidet var lederinitiert forventet tjenesteutøverne mer instruksjon i oppstarten.

I oppstarten av gruppene valgte vi å diskutere gruppenes tema med utgangspunkt i Kvalitetsforskriftens målsetting og krav til den enkelte tjenesteutøver og tjenesteapparatet som helhet (Kvalitetsforskriften 1997, §§ 1-3). Etableringen av felles vurderingsstandarder for kvalitetsutviklingsarbeidet ved hjelp av Kvalitetsforskriften samlet deltagerne. Vi delte også forventninger til hverandre, og gruppene utformet interne spilleregler for samarbeidet. Som beskrevet i kapittel 6.1 var det ikke fastsatt spesifikke krav til gruppenes arbeidsform verken i felt 1 eller 2 før oppstart. Uavhengig av tema og gruppenes sammensetning utviklet det seg over tid en demokratisk samtalestruktur i gruppene som fremmet kvalitetsutviklingsarbeidet (beskrevet i kapittel 6.5). Den demokratiske samtalestrukturen kjennetegnes av at alle deltagerne kunne komme med innspill til gruppens tema.

Kvalitetsutviklingsarbeidet i felt 1 var i hovedsak rettet mot tjenestene til den enkelte pasient og tilrettelegging av arbeidsformer som kunne ivareta fleksibilitet og kontinuitet. Arbeidet ble drevet frem ved organisering av personalet i ressursgrupper (aksjonsgrupper). Ved årlige planleggingskonferanser definerte arbeidslaget i tillegg satsingsområder på tvers av ressursgruppene, som f.eks. styrking av primærkontaktfunksjonen, og det ble opprettet arbeidsgrupper til ressursgruppene som f. eks. styrking av sosiale aktiviteter i sykehjemsavdelingen. Kvalitetsutviklingsarbeidet i felt 1 kjennetegnes ved interaktive praksisfellesskap, der arbeidsfellesskap ble utviklet til kontinuerlige læringsarenaer.

I felt 2 ble arbeidet organisert med utgangspunkt i temaer på tvers av praksis i arbeidslagene. Dokumentasjonsgruppen hadde i motsetning til de øvrige gruppene i felt 1 som vekslet mellom samhandling i praksis og arbeid i gruppen, også et sterkere fokus på forbedringsprosesser og opplæring i hele sonen/virksomheten⁴⁵. Kvalitetsutviklingsarbeidet i felt 2 kjennetegnes som et medvirkningsbasert prosjektarbeid med systemrettet fokus.

Åpne grupper

Da kvalitetsutviklingsarbeidet var rettet mot funksjoner på ulike nivåer i organisasjonen, var gruppene åpne underveis. Både antallet grupper og deltagelsen i hver gruppe varierte gjennom hele forskningsforløpet (som beskrevet i kap 4.3). Sammensetningen av personalet i gruppene varierte med temaene.

I felt 1 var ressursgruppene A, B og E mest homogene. Ressursgruppene C, D og F var tverrfaglige sammensatt etter gruppenes ansvarsområder. Antallet deltagere totalt i alle ressursgruppene har variert fra 16 – 46. Totalt har 52 deltagere vært med underveis. I tillegg har ledere og ressurspersoner fra sonen blitt invitert til enkelte grupper og studenter og elever/lærlinger har kunnet delta i deres praksisperioder. Arbeidslagets leder deltok i alle grupper etter den andre terminen. Arbeidslagets leder, to hjelpepleiere og tre assistenter har deltatt i alle terminene.

I felt 2 var dokumentasjonsgruppens deltagere sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter. Andre ressurspersoner ble invitert til enkelte samtaler underveis. To arbeidslagsledere kom inn i gruppen etter den andre terminen. Totalt 16 deltagere har vært med underveis i gruppen. En hjelpepleier og en sykepleier har vært med i alle terminene.

Arbeidslagsledere styrket beslutningsprosessene og fremdriften i alle gruppene.

9.2 Refleksjon som metalæringsprosesser

Ett kjennetegn ved kvalitetsutviklingsarbeidet i denne studien er hvordan vi anvendte refleksjon som virkemiddel i læringsprosessene. Refleksjonsprosessene handler om å tenke gjennom egne erfaringer. Analytisk kan man skille mellom ulike nivåer av refleksjon (Tiller 1999, s. 28). På det første nivået er refleksjonene innvevd i handlingen, og ikke nødvendigvis

⁴⁵ Betegnelsen ”sone” ble erstattet med ”virksomhet” som følge av administrative endringsprosesser i kommunen.

språkliggjort. Å legge merke til erfaringer og gi dem et språklig uttrykk er det første nivået i refleksjonsprosessen. Erfaringene kan fremtre som kognitive, gjennom intellektuelle tankeprosesser; andre er knyttet til emosjonelle og kroppslige inntrykk eller til handlinger og handlingsrekkefølger (Gustavsen 2000, Coghlan og Brannick 2005). Mange erfarne praktikere sier at de ikke kan uttrykke i ord den kompetansen de har, men de kan vise den frem i handling (Benner 1984). I opplæring av nye medarbeidere ser det imidlertid ut til at praktikerne kan kommunisere gode løsninger, når de går sammen parvis og snakker om situasjonen. Mens refleksjonen på dette nivået er nær i tid og spontan, kjennetegnes den systematiske refleksjonen av grundigere gjennomtenkning og overveielser. Å lære av disse erfaringene fordrer et analytisk distanserende rom, der en spør: Hva er det jeg kan lære av disse erfaringene? Hva er det jeg ikke forstår? Hva er det som gjør meg engasjert, opprørt eller sint? Hva er det som gjør at jeg kjenner et ubehag? Hvilke verdier mener jeg står på spill i denne situasjonen?

Metarefleksjonen eller *refleksjonen over refleksjonsprosessene* fordrer distansering for å kunne få øye på mønstre i hverdagen. ”Kommer aktørene for tett innpå sine daglige erfaringer, ser de ofte ikke skogen for bare trær” (Tiller 1999, s. 37). I studien valgte vi å anvende kjente situasjonsbeskrivelser fra deltageres praksis som utgangspunkt for å stimulere til deling av erfaringer intersubjektivt, og skape grunnlag for systematisk refleksjon og kritiske overveielser. Da det kan være vanskelig å få øye på små endringer som skjer underveis, utviklet vi i prosjektet metarefleksjonen ved tre enkle virkemidler:

- 1) oppsummering av samtalens tema og eventuelle beslutninger
- 2) skriving av refererende notater
- 3) systematiske halvårsoppsummeringer

Oppsummeringen av samtalens tema i de siste minuttene rettet oppmerksomheten mot viktige beslutninger knyttet til tjenesteutøvelsen og til kollektiv ettertenksomhet.

9.3 Å arbeide med det viktige

I felt 1 og 2 ble opplevelsen av å ha arbeidet med noe viktig, noe som var betydningsfullt for pasientene og for tjenestene i arbeidslaget holdt frem som vesentlig i oppsummeringene av erfaringene fra kvalitetsutviklingsarbeidet av både lederne og tjenesteutøverne.

Kvalitetsutviklingsarbeidet slik det er beskrevet i de foregående kapitlene, dreide seg om et

komplisert samspill mellom handling og kommunikasjon, men også om hvordan tjenesteutøverne og lederne anvendte ressursene på best mulig måte.

Pleiernes vektlegging av det praktiske arbeidet både i sykehjemsavdelingen og i hjemmebaserte tjenester var innleiret i deres arbeidsnormer. Erfarne hjelpepleiere ivaretok i mange sammenhenger det man kan tilskrive husmorarbeidets tradisjonelle verdier, der ”orden og renslighet er de første betingelsene for hygge og skjønnhet i hjemmet” i følge Husmorboken fra 1930-tallet (Gleditsch *et al* 1930, s. 37). Erfarne hjelpepleiere og assistenter la også vekt på å planlegge arbeidet og arbeide jevnt. Ved å fokusere på hva eldre kvinner som i dag er pasienter i sykehjemsavdelingen ville ha gjort i sitt eget hjem, ble kunnskap om tradisjonelle arbeidsformer og verdier delt gjennom reflekterende dialoger og anerkjent i det lokale arbeidsfellesskapet. Hjemmets tradisjonelle normer som å sitte rolig under måltidene, fast bordplass, bytte av gardiner til jul og inventaret i fellesrommene, fikk på denne måten en ny betydning. Spørsmål om orden, renslighet, oppvasken, matstellet og hvilke møbler som var vanlige i stuen før, er alle eksempler som ble sett i lys av tidligere og dagens praksis. Alle assistentene og hjelpepleierne beskrev denne fornyingen av kunnskap om tradisjonelle arbeidsformer som engasjerende og en viktig del av deres kompetanseutvikling gjennom forskningssamarbeidet:

”At vi har snakket om det jeg gjør hver dag, på denne måten har vært veldig interessant. Jobben min har blitt mye mer spennende enn før. Jeg ser mer nå når jeg kommer inn i et hjem. Jeg arbeider mer helhetlig og ikke bare etter oppdraget slik det ofte ble før. Det tar ikke mer tid, men det er en ny måte å jobbe på.” (oppsum.intervj/hj.pl/gr. C).

Ved å ta utgangspunkt i kjente arbeidssituasjoner i hjemmebasert tjenester (både i hjemmesykepleien og i hjemmehjelpstjenestene) ble de tradisjonelle arbeidsreglene med omtanke, renslighet og god arbeidsplanlegging løftet frem og den tradisjonelle kunnskapen fornyet.

Aktiv involvering fremmer læring hos voksne

Selv om deltagerne i felt 2 opplevde arbeidet som pålagt i begynnelsen og med liten medvirkning i valg av temaer, fremmet delingen av erfaringer og særlig friheten til å ta opp problemstillinger deltagerne syntes det var viktig å arbeide videre med motivasjonen for arbeidet. Aktiv involvering er et grunnleggende prinsipp som fremmer læring hos voksne (Loeng 2004). I hverdagens praksis erfarte deltagerne at kommunikasjonen ofte var problem- og løsningsorientert og preget av korte beskjeder mellom tjenesteutøveren og

arbeidslagslederen (som beskrevet i kap. 5/ felt 1). De interaktive læringsprosessene i ressursgruppene representerte en annen erfaring, der flere innfallsvinkler ble fremmet i åpne dialoger. Ved å presentere egne erfaringer og gjøre egne synspunkter til kjenne for kollegene erfarte deltagerne at de fikk en styrket bevissthet om egne beslutninger og bakgrunnen for handlingene. Å lytte aktivt og bekrefte medarbeideres budskap ved ikke- verbale tegn som blikk kontakt, eller ved å føye til tilleggs kommentarer eller stille klargjørende og undrende spørsmål, fremmet den interaktive kunnskapskonstruksjonen i gruppene.

Sett over tid erfarte deltagerne at presentering av kjente og mer kompliserte situasjoner styrket deres faglige innsikt, og deltagerne lærte av hverandre hvordan de for eksempel kunne vinne innsikt om lokalhistorien ved å lytte til de eldres historier. I gruppe C bidrog gjentatte presentasjoner av morgenstellsituasjoner og den utfyllende diskusjonen sammen med fysioterapeuten om håndgrep ved forflytning knyttet til hjerneslag pasienter, til økt trygghet i bruken av tekniske hjelpemidler også i hjemmene hvor de fleste arbeidet alene. Nærheten mellom samhandlingen i aksjonsgruppene og tjenesteutøvernes samhandling i praksisfellesskapet, styrket kunnskapsspredningen underveis og gjennomføringen av både individuelle og kollektive tiltak. Vekslingen mellom arbeidet i gruppen og i arbeidslaget fremmet deltagernes engasjement i kvalitetsutviklingsarbeidet og utviklingen av et lærende fellesskap.

Aktiv oppmerksomhet og refleksjonen over handling åpnet også for ulike forståelser av enkelt situasjoner, og konsekvensene av ulike løsningsforslag. Det er her den reflekterende dialogen kommer inn, ikke som en ny pedagogisk metode, men som en del av den faglige læringsprosessen og som en måte å forstå og tenke relasjoner på (Dysthe 2001). Gode dialoger kjennetegnes av samtaler som skjer ansikt - til - ansikt, mellom personer og har kvaliteter preget av gjensidighet, vilje til å lytte, åpenhet for hverandres argumenter og vilje til å endre standpunkt. I nyere forståelse av dialogen legger man også vekt på det vage, det flertydige, på motstand og spenninger (Bakhtin 1998, Dysthe 2001). I dette perspektivet er man åpen for at kunnskapsutvikling skjer gjennom forhandlinger om mening og møte mellom ulike stemmer. Samspillet og dialogen i aksjonsgruppene bygget på dette læringssynet. Ved hele tiden å stimulere deltagerne til å lytte til hverandres innspill og bruke det den andre sa, for å komme videre med å utvikle egen forståelse, erfarte vi at samspillet fremmet det lærende praksisfellesskapet, og at den enkelte kunne utvikle sitt potensiale slik Vygotsky (1978) beskriver, innenfor den nærmeste utviklingssonen. Det tverrfaglige samarbeidet og den kollektive kunnskapsgenereringen ble også fremmet ved å vise *hverandre* håndgrep og

presentere ulike spesifikke praksissituasjoner med egne ord og analysere situasjonene i fellesskap. I noen situasjoner valgte også deltagerne å anvende generalisert kunnskap i analysene av en bestemt situasjon (jf hjelpepleieren som brukte kunnskap om kommunikasjon i møte med en person med alvorlig grad av demens, Kap 8.5, s 200). Gjennom samhandling og reflekterende dialoger ble det i tillegg lagt vekt på utvikling av grunnleggende faglige begreper, gode arbeidsmåter og kriterier som kan skille mellom godt og dårlig arbeid. Å holde dialogen åpen og gjerne tenke i motsetninger, fremmet disse læringsprosessene. Den reflekterende dialogen har slik sett en prosedural funksjon, forstått som en intersubjektiv aktivitet der kunnskapsgenereringen er fortolkende og tentativ. Å ta del i hverandres historier innebar samtidig at man var åpen for at fremtidig innsikt kunne skape grunnlag for ny kunnskap. Ved å fokusere oppmerksomheten mot praksissituasjoner inngår kunnskapsutviklingen som en vedvarende reflekterende læringsprosess.

Systematiske oppsummeringer hvert halvår synliggjorde samtidig gradvis at mange deltagere bidro i kunnskapsutviklingen. I oppsummeringene kunne vi også rette fokus mot gruppeprosessene og stille spørsmål ved fremdriften i gruppens planlagte tiltak og hvorvidt det faktisk foregikk endringsprosesser i gruppene. En positiv emosjonell tone preget av engasjement og interesse for å lære nye ferdigheter, utforske ideer og forbedringsprosesser styrket læringsfellesskapet i gruppen. Sterke emosjonelle spenninger mellom deltagerne, som periodevis kom til syne i ressursgruppe D (psykiatri/demens) og ved oppstarten av gruppe F (omsorgsbolig) virket hemmende ikke bare på læringsfellesskapet i gruppen, men også på gjennomføring av tiltak i arbeidsfellesskapet. Organisering av grupper i praksisfellesskapet har med andre ord ingen selvsagt kvalitetsfremmende effekt.

I grupper der deltagerne hadde mange felles erfaringer og et begrenset arbeidsområde, som i ressursgruppe A, erfarte deltagerne at samspillet styrket kommunikasjonen i praksis og for eksempel gjennomføringen av trivselskapende aktiviteter i sykehjemsavdelingen. For stor grad av likhet førte på den annen side ofte til raske konsensusdannelser, som vedlikeholdt eksisterende rutiner og tradisjoner. Det var særlig i brytningene mellom ulike argumenter at deltagerne kom frem til nye forståelsesmodeller og alternative løsninger. Hjelpepleierne og assistentene i gruppe A mente derfor det var helt vesentlig at avdelingslederen og sykepleierne deltok aktivt i dialogene med sin faglige kunnskap, og at gruppen fikk hjelp av veileder til å stille undrende spørsmål ved eksisterende praksis.

”Vi trenger sykepleierne – må ha noen å spørre. Selv om jeg har vært her i mange år, mener jeg det er best” (oppsum.intervju/erfaren hj.pl/gr A/ t 8).

”Vi blir sittende å prate – vi trenger at noen hjelper med spørsmål på slutten av dagen” (oppsum.intervju/avd.l/t 9).

Deltagerne i ressursgruppe C erfarte også at tverrfaglige deltagere bidro til utfordrende faglige perspektiver som fremmet dialogen og samspeilet i gruppen sett over tid.

Ergoterapeutens gjentagne spørsmål om pasienten/brukerens perspektiv var tatt med i planleggingen og gjennomføringen av pleien, er ett slikt eksempel (gruppe C). En positiv effekt av at tverrfaglig personale deltok i gruppenes reflekterende dialoger var at man løftet frem alternative tiltak.

Utvikling av lærende samtalestrukturer i gruppene med faste rammer skapte forutsigbarhet og fremmet trygghet i utviklingsarbeidet. At gruppene var åpne for nye deltagere og positive tilbakemeldinger fra nære kolleger i arbeidslagene som følge av kunnskapsspredning og endringsprosessene styrket også kvalitetsutviklingsarbeidet.

Arbeids- og læringsprosessene i kvalitetsutviklingsarbeidet fordret aktiv deltagelse, der tjenesteutøverne kunne identifisere seg med hverandre og med felles handlinger. Nye sykepleiere og sykepleierstudenter hadde som nevnt tidligere en perifer deltakerposisjon i ressursgruppene fordi de manglet praktiske erfaringer de kunne dele. På den annen side fikk de gjennom deltagelsen i læringsfellesskapet innsikt i de mer erfarnes praktiske kunnskap når de viste sine håndgrep og delte sine praksiserfaringer. Ved å anvende visning av forskjellige praktiske handlinger og presentering av kjente praksissituasjoner gjentatte ganger med ulike deltagere tilstede ble de praktiske kunnskapsformene diskutert og spredt i arbeidslaget, og tjenesteutøvernes intersubjektive handlingsrepertoar utvidet. I de vurderende diskusjonene bidro anvendelsen av allment akseptert verdier og normer til at alle kunne delta i de reflekterende dialogene, og slik sett utvikle det intersubjektive lærings- og handlingsrommet.

Å skape handlingsrom for endringsprosesser

Handlingsrommet i kvalitetsutviklingsarbeidet ble oppfattet og definert ulikt av den enkelte tjenesteutøver og leder. I felt 1 forventet avdelingslederen at sykepleierne aktivt tok initiativ for å ivareta pasientens individuelle behov, mens særlig nye sykepleiere og hjelpepleiere oppfattet de sterke kollektive normene i arbeidslaget som begrensende. Erkjennelsen av det begrensede handlingsrommet var noe av bakgrunnen for å etablere en arbeidsgruppe for sykepleierne, som kunne utforske sykepleierfunksjonen i arbeidslaget, styrke den

sykepleierfaglige funksjonen og kollegiale veiledningen mellom sykepleierne (som er beskrevet i kap 8.5).

Tjenesteutøvere som oppfattet at det var lite rom for å gjøre annet enn det som var fastlagt, var også i liten grad innstilt på at de skulle kunne påvirke endringsprosesser. Opplevelse av handlingsrommet i utviklingsarbeidet var også påvirket av personalsammensetningen i arbeidslaget. Ved planlegging av enkelt tiltak ble de totale ressursene i arbeidslaget vurdert. Var de fast ansatte og kjente medarbeiderne på vakt klarte de kollektivt å gjennomføre tiltak, som ikke var mulig å gjennomføre når ukjente eller nye sykepleiere/hjelpepleiere var i opplæring. Handlingsrommet kan derfor beskrives som skjørt.

Å skape handlingsrom i kvalitetsutviklingsarbeidet innebar både å forstå hvilke muligheter og begrensninger som eksisterte, hvilke samarbeidsparter man kunne spille på og hvilke fullmakter den enkelte helsearbeider hadde i kraft av sin stilling i arbeidssfellesskapet. Handlingsrommet innebærer i denne betydningen kunnskap som strekker seg ut over primærkontaktfunksjonen og den nære pasientorienterte diskurs. Det faktiske handlingsrommet innebar en forståelse for faktorer som virker inn på det totale arbeidet i arbeidslaget og ivaretagelse av alle pasientenes behov. Kompetanseutvikling dreide seg i denne sammenhengen om hvordan deltagerne gradvis ble oppmerksomme på og bevisstgjort det faktiske handlingsrommet og utviklet intern systematisk planlegging innenfor rammene (som beskrevet i kap 8.4 og 8.5). Initialt og hele tiden underveis dreide endringsarbeidet seg om å prioritere endringer i kvalitetsutviklingsarbeidet som var ønskelige og mulige å gjennomføre innenfor handlingsrommet. Antagelsen i aksjonsgruppene var at det er bedre med små forandringer i ønsket retning (jf Kvalitetsforskriften som norm for arbeidet) som deltagerne kunne gjennomføre, enn utopiske mål om endringer, det ikke var mulig å få til. Å skape handlingsrom i endringsarbeidet innebar og erkjennelsen om at det ikke var mulig å gjøre alt samtidig.

Ved å anvende systematiske halvårsoppsummeringer har vi i prosjektet utviklet nye planer ved å først gjøre et retrospektivt tilbakeblikk, og så på bakgrunn av denne evalueringen har vi sammen utviklet nye delmål. Denne arbeidsprosessen bidrog til kontinuitet i arbeidsprosessene og styrket informasjonen og deltagelsen i alle gruppene. Kjernedeltagerne og aktive deltagere erfarte imidlertid at denne arbeidsprosessen kunne være preget av mye gjentakelser. I håndbøker om aksjonsforskning beskrives tilnærmingen ofte som sirkulære prosesser med avgrensede faser (Coghlan og Brannick 2001). Erfaringen fra arbeidet i aksjonsgruppene viste imidlertid at denne idealmodellen med trinnvise og analytiske

prosesser kjennetegnet av åpne og erfaringsorienterte dialoger der problemstillinger blir identifisert underveis og planer revurdert, vekslet med overgangsfaser preget av stagnasjon som følge av ferieperioder og turnover i personalet og i enkelte grupper måtte konflikter mellom ulike profesjoner håndteres. Retrospektivt så vi at utviklingen i arbeidet hadde faser som vi kunne identifisere som milepæler.

9.4 Praksisnære læringsformer

Ulike kommunikative samhandlingsaktiviteter som involverte medarbeiderne både i oppstarten og underveis bidro til å fremme kvalitetsutviklingsarbeidet.

Bruk av symboler og assosiasjoner

For å fremme deltagelsen ved oppstarten i gruppene anvendte vi kreative læringsaktiviteter, som bilder, assosiasjoner og kroppsuttrykk, hver for seg eller i kombinasjon med hverandre (Gulbrandsen og Forslin 1997). Disse læringsformene ble også anvendt under seminarene i distriktet, sonen og i arbeidslaget. I hver gruppe avklarte deltagerne i tillegg forventninger til hverandre og utformet interne "spilleregler" i forhold til avdelingslederens deltagelse, gruppens leder og mellom gruppen og forsker som skapte felles eierforhold til arbeids- og læringsprosessene i gruppene. Som symbol på dokumentasjonsgruppens forventning til arbeidsprosessen i gruppen om: "å gå sakte, men sikkert mot målet" fant de i fellesskap frem til at skilpadden, skulle være gruppens logo. Valg av logo virket samlende på gruppens deltagere, og den ble anvendt på alle gruppens notater og rapporter. Arbeidet med logoen var en skapende prosess, der gruppen samlet sine ressurser og produserte ett uttrykk de kunne vise til andre.

Bruk av bilder og assosiasjoner fremmet samarbeidet på tvers av de vanlige skillelinjene i personalgruppen, og ble også anvendt som kreative læringsaktiviteter ved seminarer i arbeidslaget. Et bilde av en dråpe som treffer et stille vann, ble anvendt i planleggsseminaret i arbeidslaget sammen med spørsmålet: "*Hvilke assosiasjoner får du?*" (feltnotat/felt 1/t 6). Mens noen la vekt på kvalitetsutviklingsarbeidet som "*kun en liten dråpe i havet*" mente andre at bildet viste "*hvor store ringvirkninger ressursgruppearbeidet hadde fått i styrking av tjenestene*". Arbeidslagets leder uttrykte at bildet minnet om at: "*selv om mye er på plass, er det enda mer igjen. Starten på det som gjenstår er i dag.*" Ett forenklet symbol med ringer

ble valgt som logo etter planleggingsseminaret for alle gruppene i arbeidslaget, og anvendt videre i seminarer og rapporter fra arbeidslaget.

I sosiokulturell læringsteori har man vært opptatt av at det er de taktile og kinestetiske inntrykkene, og syn, hørsel, lukt og smak som sansemessig og erfaringsmessig legger grunn for *ordene* (Vygotsky 1978; 2001). Dette kan virke innlysende, men er ofte ikke lagt til grunn i tradisjonell opplæring. I tradisjonelle læringsaktiviteter for voksne har analytiske arbeidsformer ofte forrang, og det legges stor vekt på kunnskap som kan uttrykkes i faglig terminologi. Ord kan åpne opp for ny innsikt, men hensikten med bruk av bilder og symboler er å bidra til en mer helhetlig læring (Gulbrandsen 1997). Gulbrandsen (1997) hevder at om den lineære og rasjonelle verbalspråklige dominansen blir for stor, kan det fortrenge undrende og spontane aspekter og redusere vår kreativitet og mulighet for læring, i hvert fall på områder som har å gjøre med mellommenneskelige sider ved tilværelsen.

Deling av erfaringer og kartlegging med hjelp av verktøy fra Statens helsetilsyn

I arbeidet med deling av erfaringer og i kartleggingen av eksisterende praksis i arbeidslagene knyttet til gruppenes temaer, ble verktøy for kvalitetsutviklingsarbeid anvendt som nyttige hjelpemidler (Statens helsetilsyn 1998). Verktøyene var beskrevet i Statens helsetilsyns rapporter for ledere og medarbeidere (Statens helsetilsyn 1998b; 1998c), og anbefalt av kvalitetsrådgiver i det regionale helsetilsynet⁴⁶. Vi brukte:

- Årsaks/virkningsdiagram og løsnings/virkningsdiagram ("fiskebensdiagram") for å identifisere kjente årsaker til at praksis ikke var tilfredsstillende og til å utforske mulige løsninger (se vedlegg 12)
- Brainstorming og affinitetsdiagram ("gule lapper") for å få frem så mange kreative ideer som mulig og deretter gruppere ideene i fellesskap i sentrale områder.
- Enkle registreringsskjemaer ("endagsmålinger") der data fra f. eks bemanningen på en vakt ble beskrevet så nøyaktig som mulig

Bruk av kvalitetsarbeidsverktøyene engasjerte alle deltagerne i gruppene, og bidro til systematisering i datagenereringen og til å skape fellesskapsløsninger. Opplevelsen av læringsfellesskap internt i gruppen og den kollektive kunnskapsdannelsen i og på tvers av etablerte strukturer i arbeidslagene bidro i sterk grad til å fremme kvalitetsutviklingsarbeidet i begge forskningsfeltene.

⁴⁶ Kvalitetsrådgiver hos Fylkeslegen / Helsetilsynet etablerte et nettverk for alle kommunene i regionen.

Som det vil fremgå av analysene i neste avsnitt har vi i prosjektet anvendt aktuell litteratur i de reflekterende dialogene, men dette aspektet kunne vært vektlagt sterkere for å ivareta dagens krav om kunnskapsbasert praksis (Melnik og Fineout-Overholt 2005, NSF 2007).

9.5 Utvikling av klinisk kompetanse og arbeidsmapper som personlige kompetanseutviklingsverktøy

Utvikling av yrkesidentitet og klinisk kompetanse

Ved å delta i en ressursgruppe over flere år fikk deltagerne i felt 1 etter hvert anledning til å presentere kjente og aktuelle situasjoner fra egen erfart praksis. Å oppdage at egne erfaringer og kliniske kompetanse kunne være til hjelp for medarbeidere, styrket den enkeltes engasjement og mot til å utfordre nye praktiske kunnskaper og ferdigheter:

”At vi har snakket om det vi gjør, har vært viktig. Ingen har spurt om det før”
(Oppsum.intervju/ hj.pl/t7).

Yrkesrelevante kompetanser og personlige forutsetninger som engasjement, selvstendighet eller interesse for musikk og trim, ble delt i det lærende arbeidsfellesskapet og i noen sammenhenger grunnlag for nye praktiske tiltak. Når enkelte beboere i sykehjemsavdelingen ønsket mer aktiviteter på formiddagen i sykehjemsavdelingen, ble for eksempel en assistent som hadde uttrykt at hun var glad i trim og musikk, utfordret i gruppen til å ta et spesielt ansvar sammen med fysioterapeuten. Sammen utformet de et gruppeprogram tilpasset beboernes behov.

Ved å delta aktivt i en gruppe med spesifikke temaer og problemstillinger, ble tjenesteutøvernes ulike personlige kompetanser løftet frem og alternative forståelsesrammer belyst. Gjennom reflekterende dialoger bygget deltagerne på hverandres kunnskap og motiverte hverandre til å styrke pasientens og pårørendes deltagelse i den daglige planleggingen og gjennomføringen av pleien.

Å fokusere på praksisnære kunnskapsformer og artikulere hverdagens praksis gjennom deling av erfaringer styrket tjenesteutøvernes handlingsrepertoar og tilpassing av tjenestene til pasientenes behov. Tiltak i forhold til den enkelte pasient ble også hele tiden vurdert og tilpasset i forhold til arbeidslagets ressurser. De reflekterende dialogene bidro til økt bevissthet om relasjonelle, organisatoriske og fagspesifikk kunnskapsformer av vesentlig betydning for tjenesteutøvelsen. Utvikling av oppmerksomhet rettet mot egne yrkesrelevante kompetanser står ikke i motsetning til den kollektive kunnskapsdannelsen. Respekt for andres

synspunkter og egenart ble imidlertid oppfattet som grunnleggende for et lærende arbeidsfellesskap.

Personlig arbeidsmappe

Deltagerne i felt 2 opplevde innledningsvis at de var pålagt ekstra arbeid, og ønsket å dokumentere arbeidet i gruppen i antall timer for arbeidsgiver. Bakgrunnen for arbeidet med *Arbeidsmappen* var følgelig instrumentell. Soneledelsen var også interessert i en slik oversikt, og støttet aktivt bruk av arbeidsmapper som dokumentasjon for den enkeltes innsats i kvalitetsutviklingsarbeidet i gruppene. I dialog med deltagerne i de to gruppene og soneleder i felt 2, kom vi frem til at innholdet i arbeidsmappen skulle ta utgangspunkt i Norsk Sykepleierforbunds godkjenningskriterier for klinisk spesialist i sykepleie. Den lokale arbeidsmappen inneholdt 5 komponenter: 1) beskrivelse av praksis og hovedfunksjoner, 2) beskrivelse av kvalitetsgruppens tema og mål, 3) litteraturstudier, 4) skriftlig arbeid, og 5) registrering av antall timer gruppemøter med faglig veiledning (se s. Arbeidsmappe).

Ønsket om å dokumentere tjenesteutøvernes arbeidsinnsats i kvalitetsutviklingsarbeidet i personlige arbeidsmapper var initiert av deltagerne i gruppene. Alle deltagere i de to gruppene i felt 2 registrerte antallet timer underveis, og samlet på eget initiativ materialet i egen mappe. Analysen av arbeidsmappenes innhold ble gjennomført av deltagere i dokumentasjonsgruppen. I evalueringen beskrev de arbeidet med mappene svært positivt. Deltagerne understreket betydningen av arbeidsmappen, som gav den enkelte en oversikt over viktige kliniske funksjoner i arbeidslaget, arbeids- og læringsprosessene i dokumentasjonsgruppen og til å få en bedre oversikt over egen kompetanseutvikling;

"Fikk samlet diverse notater fra møtene. Fikk bedre oversikt over ulike oppgaver jeg har her (på arbeidsstedet) og hva jeg leser faglig. Dette var nyttig for meg."

"Jeg måtte lete litt etter kursbevisene, de har jeg ikke hatt bruk for tidligere"

"Jeg ser på arbeidsmappen som en utvidet CV. Kan tenke meg å bruke den i medarbeidersamtaler" (eval. oppsum. /felt 2/t 9)

Arbeidsmappene fungerte som forutsatt med dokumentasjon av arbeidsinnsats målt i antall timer. Oppsummeringen av deltagerens erfaring viste imidlertid at arbeidsmappen betød noe mer for den enkelte. De systematiske registreringene synliggjorde kliniske funksjoner, veiledningsansvar og litteraturstudier i tillegg til arbeidsnotater og gruppens felles notater og produkter. Ved å samle materialet i forhold til fastsatte kriterier ble funksjonene i arbeidsfellesskapet tydeligere og den enkeltes lærings- og kompetanseutvikling kom bedre frem. Anvendt på denne måten fremmet arbeidsmappen tjenesteutøverens yrkesidentitet.

KAPITTEL 10 HVA VIRKET HEMMENDE PÅ KVALITETSUTVIKLINGSARBEIDET OG LÆRINGSPROSESSENE

Dette kapitlet er rettet mot hva som virket hemmende på kvalitetsutviklingsarbeidet og læringsprosessene i aksjonsgruppene. Dette inkluderer prosesser på flere nivåer som forsinket arbeidsprosessene og hindret effektiv kunnskapsspredning i organisasjonen.

10.1 Turnusarbeid og ulik arbeidstidsordning utfordrer

En særlig utfordring som forsinket fremdriften var ulikhet i arbeidstid. Mens tverrfaglig personalet og ledere alltid arbeidet på dagtid, var det ofte behov for flere repeterende møter og seminarer for å nå alle medarbeiderne som arbeidet i turnus. Det var heller ikke mulig for alle i turnus å gå fra arbeidet samtidig. Deltagerne i dokumentasjonsgruppen gjentok for eksempel det samme dokumentasjonsseminaret i felt 2, seks ganger i løpet av et halvt år for å nå flest mulig ved innføringen av det nye dokumentasjonsverktøyet. Selv om kollegene i sonen gjerne ville delta i denne opplæringen, måtte antallet deltagere i hvert seminar hele tiden begrenses for å ivareta tjenesteutøvelsen i arbeidslagene.

Organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene i sykehjemmet kjennetegnes av institusjonsstrukturen der pleiepersonalet ivaretar døgnskuttinuerlige tjenester med turnusarbeid, mens ledere og øvrig personell i større grad har dagarbeid og sjelden helgearbeid. Hjemmebaserte tjenester har hatt en tilsvarende utvikling de seneste tiårene der særlig hjemmesykepleien i økende grad ivaretar døgnskuttinuerlige tjenester.

Hjemmehjelptjenestene (praktisk bistand) og samarbeidende personell innen fysioterapi og fastlegene/sykehjemslegene er vanligvis tilgjengelige på dagtid.

Ulik arbeidstidsordning er en vesentlig rammefaktor i kvalitetsutviklingsarbeid innen pleie- og omsorgstjenestene. Mens sykepleiere og hjelpepleiere ivaretar kontinuiteten i tjenestene ved muntlig rapportering i vaktskiftene tre ganger i døgnet på morgenen, ettermiddagen og om kvelden alle dager i uken og ved sykepleiedokumentasjonssystemet, har øvrig personell vanligvis ikke tilgang til denne regelmessige overføringen av informasjon.

Informasjonsoverføring og samarbeid mellom pleiepersonalet, ledere og tverrfaglige

medarbeidere i pleie- og omsorgstjenestene avgrenses derfor til 5 dagers arbeidsuke og til kjernetiden hvor pleiepersonalet er svært opptatte med direkte pasientrettede tjenester.

For at personalet i turnustjeneste skal kunne delta i systematisk kvalitetsutviklingsarbeid, må det tas hensyn til turnusplanene. Turnusplanen gir på den ene siden god oversikt over hele personalets arbeidstid, vanligvis for 6 uker. Turnusplanene er samtidig en del av arbeidsavtalene som regulerer avtaler om arbeidstid, fridager og ferier. Skal en pleier i turnustjeneste kunne være koordinator eller leder for et tiltak eller en gruppe som har faste møter på dagtid, må turnusen tilpasses og legges opp ut fra dette. Det må også forhandles om passende tid på dagen, som i minst mulig grad forstyrrer rytmen i pleie- og omsorgstjenestene. Aktivitetene i pleiearbeidet inngår i tidsmessige sammenhenger som er bestemt av biologiske behov og pasientenes ønsker. Noen oppgaver kan kreve hjelp av to pleiere. Enkelte pasientsituasjoner krever at pleieren venter eller passer på mens pasienten utfører de daglige aktivitetene selv. Pleiearbeidet har størst press på morgenen til midt på dagen. På kvelden og i helgene er også travelheten stor på grunn av færre personell på vakt. Pleiearbeidets resultater er en del av disse prosessene. De veves inn i avdelingens struktur og i de daglige prioriteringene. De er ikke produkter i økonomisk forstand. Tidsanvendelsen og effektiviteten kan heller ikke måles med økonomiske begreper. Alt dette krever en fleksibel organisasjonsform.

I studien erfarte vi at pleierne prioriterte formiddagstimene til å hjelpe pasientene med ivaretagelse av personlige grunnleggende behov. Etter at morgenstellet og frokosten var ivare tatt hadde pleiepersonalet i sykehjemmet og hjemmebaserte tjenester mer varierende oppgaver med mindre tidspres. Personalet utsatte egne behov dersom de ikke ble ferdige i tide til egen lunsj. Pleierne prioriterte ikke tverrfaglige møter på formiddagen i ”stelletiden”. Var pleiepersonalet kjent med pasientenes behov fant de rom for tiltak som krevde felles innsats på formiddagen. Tverrfaglige personale som fysioterapeuet, ergoterapeut og sosionom har sin mest aktive pasientrettede arbeidstid på formiddagen. Ved å ta hensyn til turnusplanene og rytmen i arbeidet, erfarte vi i denne studien at pleiepersonalets mulighet for og deltagelse i interaktive praksisfellesskap økte.

10.2 Iterative og langsomme arbeidsprosesser

Deltagerne i aksjonsgruppene ble utfordret underveis av stadige gjentakelser (*iterative* arbeidsprosesser) for å innlemme alle deltagerne i gruppens arbeid og spre kunnskap i organisasjonen. Grad av gjentakelser varierte med deltagelsesmønsteret i gruppene.

Deltagelsesnivåene i gruppene med kjernedeltagere, aktive, perifere og sporadiske deltagere, er beskrevet i kapittel 6.4.

I interaksjonen mellom deltagerne i gruppene ble planene reforhandlet underveis etter hvert som arbeidet skred frem og deltagerne vant erfaringer med spesifikke tiltak. Reforhandlinger av delmål og planer skyldes også nye innspill fra aktive deltagere som arbeidet i turnus og følgelig ikke kunne delta på hvert gruppemøte. Mange reduserte stillinger, sykdom og permisjoner i personalgruppen og avbrudd på grunn av lengre ferieperioder førte til at fremdriften i gruppene i perioder var langsom. De iterative arbeidsprosessene og den langsomme fremgangen i kvalitetsutviklingsarbeidet kjennetegnet arbeidsformene i begge forskningsfeltene. Det iterative arbeidet var samtidig en styrke for eksempel i dokumentasjonsgruppen i felt 2, ettersom nye perspektiver stadig ble tilført de reflekterende dialogene og kunnskapen også ble spredd ut i virksomheten. Nye deltagere bidro også til at tidlig konsensusdannelse som kunne virke hemmede og låse gruppen fast i bestemte løsninger og hindre nytenkning, ble redusert.

Sett fra kjernedeltagernes perspektiv opplevdes det utfordrende hele tiden å skulle innlemme mer sporadiske deltagere i utviklingsarbeidet. I felt 2 var det kun to kjernedeltagere, som var med i kvalitetsutviklingsarbeidet gjennom forskningssamarbeidet i en 2-års periode.

Kjernedeltagerne i dokumentasjonsgruppen syntes fremdriften i kvalitetsutviklingsarbeidet gikk langsomt i perioder med mye repeterende arbeidsprosesser for å introdusere deltagere som kom inn underveis:

”Jeg har lest det vi var blitt enige om til i dag. Det blir litt kjedelig når vi ikke kommer videre, synes jeg” (feltnotat/hj.pl/felt 2/t 6).

Kjernedeltagerne og de aktive deltagerne ivaretok kontinuiteten underveis og sørget for rekruttering i gruppene. I grupper uten kjernedeltagere og flere sporadiske deltagere som i ressursgruppe D, var det vanskelig å få til fremdrift i arbeidet i perioder fordi deltagerne manglet kontinuitet i forhold til delmålene og aktivitetsplanene. For mange studenter og elever påvirket også fremdriften. I gruppe A erfarte kjernedeltagerne for eksempel at

fremdriften i aksjonsgruppen ble hemmet da de innlemmet 6 studenter/elever/lærlinger i gruppens interaktive mål og planer i termin 7.

Tiller (2004) peker derfor på at ettersom planene reforhandles og gruppenes deltagere skifter gjennom aksjonsforskningssamarbeidet, gjelder det å holde ut og være tålmodig når presset på gruppen øker. Systematisk fremdrift synes dels å være avhengig av kjerne deltagerne tålmodighet, men kanskje enda viktigere var ledere og øvrige medarbeideres kommunikative respons. For å oppsummere erfaringene og fremdriften i kvalitetsutviklingsarbeidet valgte vi å utarbeide lokale oppsummeringsrapporter i forskningssamarbeidet som ble formidlet både til personalet i arbeidslagene og til virksomhetsledelsen. I rapportene ble det samtidig stilt nye spørsmål og forslag til videre arbeid. Delrapporteringen i kvalitetsutviklingsarbeidet har i motsetning til tradisjonelt prosjektarbeid ingen endelig slutt, men er en måte å generere lokal kunnskap på og styrke kommunikasjonen lokalt. Sett fra deltagerens perspektiv uttrykte de skriftelige rapportene også ønsket om konkret respons på det arbeidet som var gjort og støtte i videre fremdrift. Manglende tilbakemeldinger fra virksomhetsledelsen virket hemmende på arbeidsprosessene og skapte usikkerhet i overgangsfasene.

10.3 Brudd i informasjonsflyten og kommunikasjonsbarrierer

Pleie- og omsorgstjenestene i kommunen er innlemmet i en stor organisasjon med formelle samarbeidsstrukturer og nivåer. I organisasjonslitteraturen pekes det på at ledere har privilegerte muligheter til å få pålitelig og relevant informasjon, men er også utsatt for begrensninger (Strand 2001). Mye informasjon forblir hos den enkelte tjenesteutøver. Store organisasjoner fungerer gjerne også slik at informasjon filtreres jo høyere opp i organisasjonen den kommer (ibid). Plassering i hierarkiet får derfor som regel betydning for hvilken informasjon man kontrollerer (Jacobsen og Thorsvik 1997).

Som det er beskrevet i foregående kapitler var det flere kilder som forstyrret kommunikasjonsprosessen og som førte til ufullstendig eller manglende kommunikasjon mellom medarbeiderne og mellom de ulike nivåene i organisasjonen.

Kommunikasjonsbarrierer i gruppene og arbeidslagene

Travelheten i arbeidslaget og spesielt tidspresset om morgenen er beskrevet i kapittel 5 som en viktig hindring for effektiv kommunikasjon i arbeidslaget. Korte beskjeder og mangelfull informasjon før hjemmebesøkene kunne føre til at viktig informasjon ikke var uttømmende og

at tjenesteutøveren feiloppfattet. Ved kun å fokusere på overføring av beskjeder fokuseres også på kun en del av en situasjon. Dette kunne føre til overfokusering på enkelt problemer og manglende orientering mot helheten. I kartleggingen av dokumentasjonspraksis i felt 2, erfarte deltagerne for eksempel at dokumentasjonen var best hos akutt syke pasienter, mens det fantes eksempler på at informasjonen i den skriftlige sykepleiedokumentasjonen og særlig pleieplanene ikke var ajourført over lang tid hos pasienter med langvarige og kroniske lidelser. I de reflekterende dialogene tonet deltagerne i alle gruppene ned ubehagelige eksempler ved å kun nevne en situasjon og i stedet legge vekt på hva de kunne forbedre. I kommunikasjonsteorien beskrives dette som *filtrering* (Kaufmann og Kaufmann 1998). Når enkelte deltagerne brukte vage hentydninger eller ”halvkvedede viser”, som kunne misoppfattes søkte vi å utdype beskrivelsene for hindre brudd i kommunikasjon. Filtrering av opplysninger kunne også være uttrykk for at det kunne være ubehagelig å kritisere medarbeidere. Påminninger som ”vi må huske på utesko neste gang hun skal ut”, i stedet for åpen kritikk av medarbeideren, bidrog på den annen side ofte til positive og innovative løsninger.

Kommunikasjonsretninger og tolkningsrammer på ulike nivåer

Kommunikasjonen i pleie- og omsorgstjenestene i en kommune kjennetegnes av at informasjonsflyten må foregå mellom flere avdelinger og nivåer. Manglende informasjonsflyt kan tilskrives at man arbeider ut fra ulike tolkningsrammer på forskjellige nivåer. Som det er beskrevet i tidligere kapitler har kommunikasjonen mellom deltagerne, arbeidslagslederne og virksomhetslederne hatt flere retninger. Den *horisontale* kommunikasjonen mellom deltagerne i aksjonsgruppene og mellom deltagerne i aksjonsgruppene og arbeidslagene førte til at informasjonene ble spredt raskt underveis. Kommunikasjonen *nedover*⁴⁷ som beskrevet i kapittel 5.2, hadde en sterk styrende effekt med formidling av beskjeder fra arbeidslagets leder til medarbeiderne. Virksomhetslederens passive respons er også en form for nedover kommunikasjon. Kommunikasjonen fra tjenesteutøverne til høyere nivå i organisasjonen beskrives som *oppover*. Når informasjonen går fra et nivå til et annet, er det også stor risiko for at budskapene blir filtrert og omtolket, hevder Kaufmann og Kaufmann (1998).

Deltagerne i felt 2 opplevde lederinitieringen som frustrerende i oppstarten. Selv om personalet ble oppfordret til å medvirke i valg av gruppe, ble mange fordelt som

⁴⁷ *Nedover* eller *top down* og *oppover* eller *bottom up*.

representanter for arbeidslaget og de var lite motivert. Initiativet ble opplevd som pålagt ekstra arbeid med korte tidsfrister og dårlig timing, rett før jul:

”Vi var på møte den 9. desember. Styringsgruppa la frem sammensettingen av gruppene og vi fikk vite at gruppene skulle opp og stå innen 1. januar. Det var like før jul og alt for kort frist.” (feltnotat/hj.pl/t5).

Ideen om kvalitetsutviklingsarbeid i sonen var diskutert i distriktets fag- og lederseminarer og i styringsgruppen, men eierskapet tilhørte ikke tjenesteutøverne i arbeidslagene (Barra 1983). Tidspresset og introduksjonen av den nye strukturen like før juletravelheten, øket tjenesteutøvernes opplevelse av redusert påvirkningsmulighet i beslutningsprosessene. Tilbud om gruppedynamikk kurs for å komme i gang med arbeidet, ble på den annen side opplevd som en nyttig forberedelse for de som fikk anledning til å delta, men ved etableringen av dokumentasjonsgruppen hadde kun 4 av 11 deltagere vært med. Begrunnelsen var at de enten ikke kjente til kurset, eller at kurstiden ikke passet med turnus.

Soneledelsens ønske om deltagelse på tvers av arbeidslagene i gruppene skulle legge grunnlag for medvirkningsbaserte prosesser. Tjenesteutøverne reagerte imidlertid negativt på initieringen av arbeidsprosessene i oppstarten, og 3 av 5 grupper kom aldri ordentlig i gang. To grupper ble innlemmet i forskningssamarbeidet. Utfordringen i disse gruppene ved oppstart i forskningssamarbeidet, var å skape en felles læringsarena preget av frivillighet, som er ett kjennetegn i deltakelsesorientert utviklingsarbeid i kvalitetssirkler (Barra 1984) og i deltagende aksjonsforskningssamarbeid (Kemmis og McTaggart 2000; Tiller 2004; Kemmis 2007).

Konsekvenser av ulike praksiser i organisasjonen

I deler av kvalitetsutviklingsarbeidet som involverte aktører utenfor arbeidslaget kom det tilsyne ulike praksiser eller diskurser i organisasjonen som utfordret kommunikasjonen. Argumentasjonen i planlegging av enkelt tiltak synliggjorde også ulike tolkningsrammer innad i gruppene, mellom ressursgruppene og virksomhetens ledelse. Gjennom kritisk refleksjon og vurdering av arbeidsformene i felt 1 kom *skifte av gardiner og vindusvask* frem som ett eksempel på ulike forståelsesrammer (se kap 8.5, s. 213-214). De erfarne hjelpepleierne og assistentene i felt 1 vurderte rene vinduer som en nødvendig forutsetning for trivsel og velvære for både pasienter, pårørende og personalet. De argumenterte også for at vindusvasken burde gjennomføres regelmessig og på bestemte tider av året. Denne praksisen ble tillagt mindre vekt i virksomhetsledelsens planøkonomiske diskurs. Felles for begge

diskurser var imidlertid en generell opptatthet av sparsommelighet i forhold til offentlige ressurser. Konsekvensene var imidlertid at personalet i arbeidslaget valgte å løse problemet med frivillig innsats og innsamling av midler til nye gardiner i stuen i sykehjemmet ved utlodning og loppemarked, mens virksomhetens ledere med ansvar for virksomhetens totale økonomi i større grad var orientert mot likevurderinger og avventet problemløsningen i forhold til budsjettet.

Ettersom praktikerne som ellers fremmet få forslag samlet oppover i organisasjonen, gradvis utviklet felles halvårsplaner og fremmet forslag om konkrete endringstiltak, kan dette ha rokket ved organisasjonens politiske struktur og ansvarsfordeling. Enkelte kvalitetsforbedrende forslag som hadde økonomiske konsekvenser ble også møtt med passiv motstand. Da sykepleierne for eksempel etterspurte bedre og mer variert utstyr til sårbehandling og trykkavlastning til et økende antall eldre personer med alvorlig grad av demens i sykehjemsavdelingen, kom de til å rokke ved innkjøpsordningene i organisasjonen. Personalet som arbeidet på tvers av hjemmesykepleien og sykehjemmet erfarte at ekstra utstyr som trykkavlastende madrasser ble refundert gjennom trygdesystemet for hjemmeboende, mens denne samme ordningen ikke gjaldt for beboere i sykehjemmet. Disse ulikhetene i organisasjonen ble oppfattet som urimelige og ble reist som spørsmål i systemevalueringen. Sykepleiernes argumentasjon for nye madrasser til trykkavlastning for alvorlig syke pasienter i sykehjemsavdelingen ble fremmet i en helsefagligdiskurs, mens det samme forbedringstiltaket ”ikke stod på budsjettet” i den økonomiske diskursen i sykehjemmet. I dialogen oppfattet tjenesteutøvernes ledernes manglende faglige dialog som en form av passiv motstand:

”de (distrikts/sone/virksomhetslederne) hører ikke hva vi (sykepleiere, hjelpepleiere, assistenter) sier” (feltnotat/felt 1/ t 7)

”de (distrikts/sone/virksomhetslederne) vet ikke hva vi sliter med i avdelingen. Vi må gå mellom avdelingene for å finne madrasser og vente på at noen skal dø. Det er uutholdelig.” (feltnotat/felt 1/ t 7)

Fra ledernes side dreide den økonomiske diskursen seg om å holde budsjettene innenfor rammer av hva som kunne aksepteres som ”godt nok”. Helt mot slutten av hvert budsjettår inviterte imidlertid virksomhetslederne arbeidslagene til å prioritere nødvendige innkjøp. Fra tjenesteutøvernes side ble dette oppfattet som uhensiktsmessig planlegging og manglende samarbeid gjennom året. Den faglige argumentasjonen for endringer av de fysiske omgivelsene som konsekvens av endringene i beboergruppene i sykehjemmet var i liten grad et diskusjonstema i hele organisasjonen. Det ble istedet et spørsmål om manglende

økonomiske ressurser (se husøkonomen utsagn: ”Virksomhetsleder har skrudd igjen kranen”, kap 8.5, s. 213). Den faglige diskursen i gruppene var følgelig avgrenset. Konsekvensene av den manglende faglige diskursen i organisasjonen som helhet, kom tilsyne som økonomiske begrensninger i tjenesteutviklingen. Først når regnskapet på slutten av året var klart fant virksomhetsledelsen rom for vindusvasken, som et tiltak for hele sykehjemmet. Ettersom aktiviteten ble gjennomført kan det tilsynelatende se ut til at enighet er nådd. Spørsmålet som gjenstår, er hvorvidt den faglige diskurs som var grunnleggende for ressursgruppe deltageres argumentasjon, har et tilstrekkelig sterkt kommunikativt rom i det kvalitetsutviklende videreføringsarbeidet i organisasjonen. Utfordringen i fortsettelsen synes å være å styrke den fagkritiske diskusjonen i organisasjonen, samt øke kunnskapen om de ulike pasientenes endrede behov og hvordan miljøet fysisk og sosialt bør tilrettelegges for at eldre personer med ulik grad av helsesvikt skal kunne fungere best mulig.

10.4 Nøkkelroller og manglende koordinering

Den daglige kommunikasjonen mellom tjenesteutøverne i arbeidslagene var i hovedsak preget av et pasientrettet og løsningsorientert fokus. Å delta i en aksjonsgruppe og dele erfaringer i reflekterende dialoger representerte derfor for de fleste en ny arbeidserfaring og nye kommunikasjonslinjer. Sykepleierne hadde i større grad enn hjelpepleierne og assistentene erfaring fra å arbeide på tvers av arbeidslagene og avdelingene gjennom sitt ansvar på kveldsvakter og i helger.

Arbeidslagslederens nøkkelfunksjon

Lederne i arbeidslagene har en mellomleder posisjon som ledere i arbeidslaget og samtidig som deltagere i ledergruppen i sonen/virksomheten. I forskningssamarbeidet har spørsmålet om *arbeidslagsledernes posisjon* vært aktualisert i begge forskningsfelt, men på ulik måte.

Arbeidslagslederen posisjon i aksjonsgruppen

I felt 1 deltok arbeidslagslederen aktivt i det daglige arbeidet i arbeidslaget, kartla alle nye pasienters behov for tjenester og tok også del i den daglige utførelse av pleien ved behov og spesielt i sykehjemsavdelingen (se kapittel 5). Arbeidslagslederen valgte derfor å delta aktivt i aksjonsgruppen i sykehjemsavdelingen (gruppe A) fra oppstart, men utvidet etter første oppsummering av erfaringer deltagelsen til alle grupper i arbeidslaget. For å fremme

tjenesteutøvernes refleksjon over handling valgte imidlertid lederen en tilbaketrukket posisjon i den innledende dialogen. Erfaringen var at deltagerne ellers henvendte seg til lederen, som raskt kom frem til løsninger. Ved å fokusere på tjenesteutøvernes presentasjoner kunne alle i gruppen delta i samtalen. I de reflekterende dialogene med planlegging av enkelt tiltak bidro imidlertid denne erfarne arbeidslagslederen i den intersubjektive kunnskapsdannelsen. Dette styrket også gjennomføringen av planlagte tiltak. Samarbeidet med lederen i aksjonsgruppen bidro til utvikling av et *kommunikativt lederskap* (Eriksen 1999) der arbeidslagslederens *vokter* rolle, som er beskrevet i kapittel 5.2, gradvis endret seg til en demokratisk og kommunikativ ledelsesform som fikk i gang positive tjenesteutviklingsprosesser i arbeidslaget basert på kollektiv meningsdannelse og beslutningstagen.

I felt 2 initierte avdelingsledergruppen kvalitetsutviklingsarbeidet på tvers av arbeidslagene, men de tok ikke aktivt initiativ til å delta i gruppene fra begynnelsen av. To arbeidslagsledere var med som observatører på ett gruppemøte hver i den første forskningsterminen. Da temaene "dokumentasjon" og "brukermedvirkning" vedrørte den daglige tjenesteutøvelse og organiseringen i arbeidslagene, identifiserte tjenesteutøverne i aksjonsgruppene raskt avdelingsledernes observatør status som uhensiktsmessig for fremdriften, og etterlyste mer aktiv kommunikasjon med lederne i gruppene:

"Viktig at de(avdelingsleder) er med og tar ansvar" (feltnotat/ t5/sykepleier).

"Det er ikke noe vits i om de ikke er med" (feltnotat/ t5/hjelpepleier).

Arbeidslagsledernes perifere deltagelse i oppstarten bygget på deres antagelse om at de som ledere kunne hemme samtaleprosessene i aksjonsgruppene. Intensjonen var at kvalitetsutviklingsarbeidet skulle motivere personalet til aktivt arbeid innad i gruppen og redusere den hierarkiske samtalestrukturen som kan prege relasjonen mellom lederen og personalet i arbeidslaget. Fra tjenesteutøvernes side i gruppen ble denne perifere deltagelsen oppfattet som manglende interesse og på tvers av ideologien om en demokratisk dialog (Habermas 1999). Flere sentrale problemstillinger i praksis vedrørte også arbeidslagsledernes ansvarsområde. Tjenesteutøverne oppsummerte erfaringer var at de ønsket mer aktive ledere og at lederne representerte ett viktig kommunikativt ledd i aksjonsgruppen og mellom aksjonsgruppen og sonen/virksomheten. Avdelingsledere med perifer observatør rolle i gruppen gjorde at tjenesteutøverne i aksjonsgruppen ble usikre og avventende. Denne avventende holdningen synliggjorde det formelle og hierarkiske forholdet mellom avdelingslederne og de underordnede i offentlige tjenester (Eriksen 1999). Frikobling mellom tjenesteutøverne i aksjonsgruppen og arbeidslagslederne reduserte også mulighetene for

gjensidig informasjonsutveksling og kommunikasjon, samt rimelighetsvurderinger av tiltak innenfor arbeidslagenes ressurser.

Fremdriften i kvalitetsutviklingsarbeidet bygget på en demokratisk samtalestruktur, der alle deltok som likeverdige. Underveis erfarte vi imidlertid at arbeidslagslederne⁴⁸ både kan styrke og hemme disse kommunikative prosessene. I dokumentasjonsgruppen i felt 2 inviterte sykepleierne og hjelpepleierne derfor "sine" respektive ledere i arbeidslagene med i aksjonsgruppen etter den første halvårsoppsommeringen. Etter avdelingslederne kom inn som aktive deltagere styrket lederne beslutningsprosessene i aksjonsgruppen og legitimerte kvalitetsutviklingsarbeidet i arbeidslagene. De mobiliserte nødvendig ressursoppslutning ved for eksempel å legitimere tid til gruppemøter og seminarer og bidro aktivt til fremdriften i kvalitetsutviklingsarbeidet og kommunikasjonen med ledergruppen i sonen.

Arbeidslagslederens posisjon i lederteamet

Arbeidslagslederens nøkkelposisjon i aksjonsgruppene ble identifisert av sentral betydning i begge kvalitetsutviklingstilnærmingene. Arbeidslagslederen i felt 1 erfarte imidlertid at hun ofte ble stående alene i ledergruppen i sonen⁴⁹ og at det kunne være vanskelig å rapportere om fremgangen og nye tiltak:

"De hørte på meg, men jeg tror hun (leder) ser på meg som en klovn" (oppsum. intervju/arb.l./felt 1/t7).

Arbeidslagslederen i felt 1 søkte støtte også uformelt hos den andre arbeidslagslederen, som også var interessert i kvalitetsutviklingsarbeidet. Vakante lederstillinger og manglende stabilitet i ledergruppen gjorde det imidlertid vanskelig å fremme og gjennomføre nye tiltak som for eksempel styrking av hjemmebasert rehabilitering på tvers av arbeidslaget og rehabiliteringsavdelingen i sonen (beskrevet i kap 8.4).

Arbeidslagslederne i felt 2 som deltok i dokumentasjonsgruppen, erfarte underveis at det var viktig å være minst to aktive ledere i kvalitetsutviklingsarbeidet. Etersom arbeidet i dokumentasjonsgruppen vedrørte alle avdelinger og arbeidslag i sonen, erfarte lederne at de kunne spille på hverandres erfaringer og kunnskaper i aksjonsgruppen, og sammen styrke fremdriften i endringsarbeidet gjennom kommunikasjonen i soneledergruppen:

"Alene blir vi for svake (i soneledergruppen)" (feltnotat/arb.l./felt 2/t6).

⁴⁸ Betegnelsen "avdelingsleder" ble anvendt både om arbeidslagslederne og leder i spesialenheten i sykehjemmet.

⁴⁹ På grunn av avgrensningene i forskningsfeltet deltok forsker ikke i soneledergruppen, verken i felt 1 eller 2.

Arbeidslagsledernes aktive deltagelse i aksjonsgruppene og positive erfaringer gjennom kvalitetsutviklingsarbeidets ulike faser, styrket legitimiteten i endringsarbeidet. Lederne i felt 2 mente på den annen side at de ikke ville ha hatt kraft nok til å fremme endringsprosessene over en så lang periode og oppnådd *konsensus* i soneledergruppen, uten det tette samarbeidet. Å stå alene i ledergruppen med nye ideer, erfarte de som vanskelig. Travelheten og endringsprosesser i den administrative strukturen i kommunen påvirket også ledergruppens beslutningsprosesser. Å oppnå konsensus betegner i denne sammenhengen en integrerende og mobiliserende kraft, som løfter alle til felles innsats. Eriksen (1999) peker samtidig på farene ved konsensusdannelser dersom de blir et mål i seg selv. Konsensuskravet kan virke både tilslørende og undertrykkende og gjøre at det koster både energi og krefter å ta opp kritiske spørsmål ved eksisterende praksis.

Manglende koordinering og bindeledd på tvers

Manglende informasjonsflyt er beskrevet foran som en hindring i kommunikasjonen i pleie- og omsorgstjenesten, som en stor organisasjon. I forskningssamarbeidet erfarte vi også at koordineringen av sentrale tjenesteutviklingsområder var mangelfull. Ved vurdering av hvorvidt dokumentasjonssystemet burde være papirbasert eller elektronisk, oppdaget dokumentasjonsgruppen at datakurs var et prioritert satsingsområde i virksomhetsplanen, men det var ikke satt av økonomiske midler til dataterminaler på hjemmesykepleiekontorene og i sykehjemmene (felt2/termin 5). Konsekvensene av denne opplæringspraksisen var at personalet deltok i datakursene gjentatte ganger, men opplevde opplæringen som meningsløs ettersom det ikke lot seg gjøre å praktisere den nye lærdommen. Dokumentasjonsgruppen erfarte med andre ord at målsettingen i virksomhetens opplæringsplaner og ressursene i virksomhetene ikke var samordnet.

Dokumentasjonsgruppen erfarte også at det foregikk parallelle utviklingsprosesser knyttet til den nye helselovgivningen som følge av kravene om dokumentasjonplikten i den nye journalforskriften. Dette ble oppfattet som positivt ettersom kravene omfattet flere nivåer i organisasjonen. Arbeidsprosessene som ble initiert gjennom dokumentasjonsgruppen i felt 2, og av merkantilt personale på tvers av tre virksomheter og fra juridisk avdeling hos rådmannen i kommunen, var imidlertid ikke koordinert. Man kjente ikke til hverandres arbeid. Da dette ble kjent ved oppsummeringen i termin 8, tok dokumentasjonsgruppen initiativ til å dele sine erfaringer, og uttrykte behov for å etablere et koordinerende bindeledd.

Dokumentasjonsgruppen savnet et fagkoordinerende bindeledd både innen virksomheten og på tvers av virksomhetene i kommunen. Internt i sonen/virksomheten savnet dokumentasjonsgruppen en faglig koordinator⁵⁰ som kunne initiere samarbeid mellom ulike personalgrupper når deltagerne stod ved en milepæl. Dokumentasjonsgruppen savnet også direkte tilbakemeldinger på rapporter på tvers av faggrupper og nivåer i organisasjonen.

I løpet av forskningssamarbeidet har kommunen gjennomført en omorganisering av den administrative strukturen, der pleie- og omsorgsavdelingen og distriktsnivået i pleie- og omsorgstjenesten ble fjernet. De tre sonelederne som tidligere hadde fungert i samme distrikt dannet et nettverk etter de administrative endringene i kommunen var gjennomført.

Hver virksomhet hadde etter den nye organisasjonsmodellen ett selvstendig økonomisk ansvar for driften i virksomheten og ansvar for å utvikle hensiktsmessige systemer som kvalitetssikret tjenestene. Virksomhetslederne hadde følgelig en nøkkelrolle i alle saker som fordret økonomiske prioriteringer. I felt 2 valgte virksomhetsleder i samarbeid med sine ledere å prioritere utvikling av et nytt papirbasert dokumentasjonsverktøy. Arbeidet med dokumentasjonsverktøyet som ble utviklet lokalt fikk en svært effektiv spredning innefor virksomheten. Manglende støtte i virksomhetsledernetverket førte imidlertid til at resultatene fra utviklingsarbeidet i dokumentasjonsgruppen i liten grad kunne spres på tvers av virksomhetene. Da det ved forskningssamarbeidets avslutning ikke var et fungerende koordinerende organ for pleie- og omsorgstjenestene i kommunen, fikk interesserte fagkonsulenter i omsorgsvirksomhetene i kommunen informasjon om dokumentasjonssystemet separat.

I forskningssamarbeidet var intensjonen å ta utgangspunkt i eksisterende rammefaktorer og personalets erfaringer og arbeide målrettet for å styrke faglig forsvarlig praksis (Helsepersonelloven § 4). Å arbeide innenfor rammene innebar i denne sammenhengen både å se praksis i lys av Kvalitetsforskriftens (1997) kvalitative krav og utforske mulighetene for endring. Søken etter alternativer til det bestående innebar samtidig kritikk av eksisterende ordninger. Det kan ha virket provoserende for noen. Å bidra til forandring gjennom å koble forskning og praktisk målrettet handling, er på den annen side nettopp aksjonsforskningens alternativ (Tiller 2004).

Utviklingen av det papirbaserte dokumentasjonsverktøyet i felt 2 og det store opplæringsløftet har vært ett viktig skritt i sonens kvalitetsutvikling av tjenestene. Ved avslutningen av

⁵⁰ Ca ½ år var en erfaren sykepleier midlertidig tilsatt som fagkoordinator i felt 2.

forskningssamarbeidet, er ikke alle identifiserte problemstillinger med tilknytning til dokumentasjonssystemet i sonen løst. Identifiserte forbedringsområder gjelder både videreutvikling av dokumentasjonssystemet, kvalitetssikring i dokumentasjonspraksis samt samordning og arkivering av pasientjournalen i sonen i henhold til Forskrift om pasientjournal (2001). *Å stå ved en milepæl innebærer ikke et endelig resultat*, men hele tiden identifisering av nye utfordringer. Vurdering av enkelt resultater fordrer også kritisk gransking. I dokumentasjonsgruppen har tjenesteutøverne kontinuerlig utfordret sin egen og kollegenes dokumentasjonspraksis og utfordret rutinene i lys av helselovgivningen med forskrifter. På tross av dette stilte dokumentasjonsgruppen ved avslutningen av forskningssamarbeidet fortsatt spørsmål om dokumentasjonspraksis i fremtiden blir god nok. Sett fra aksjonsgruppen forhindret manglende bindeledd mellom yrkesgruppene en effektiv kunnskapskonstruksjon og kunnskapsspredning i kommunen.

KAPITTEL 11 ORGANISERING AV SYSTEMATISK KVALITETSUTVIKLINGSARBEID

Systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i pleie- og omsorgstjenestene er aktualisert gjennom nasjonale handlingsplaner fra midten av 1990-tallet og forsterket ved helselovgivningen med forskrifter som trådte i kraft ved tusenårsskiftet. Alle virksomheter i norsk helsetjeneste skal ha systemer som kvalitetssikrer tjenestene (FOR 2002; FOR 2003). Essensen i denne studien er at kvalitetsutviklingsarbeid kan organiseres som kontinuerlige arbeids- og læringsprosesser der kvalitetsutvikling i tjenestene og personalets kompetanseutvikling er gjensidig avhengig av hverandre. Dette er fokus i den avsluttende diskusjonen, som også tar opp betydningen av ressurs- og kapasitetssituasjonen i pleie- og omsorgstjenestene som læringskontekst. Kapitlet avsluttes med en refleksjon over kunnskapsgenereringen i studien.

11.1 Organisering av systematisk kvalitetsutviklingsarbeid

Organisering av systematisk kvalitetsutviklingsarbeid i pleie- og omsorgstjenestene slik det fremstilles i denne studien, omfatter et interaktivt og dynamisk læresystem der tjenesteutøverne uansett yrkesgruppe lærer å forholde seg til pasientenes skiftende behov, og lærer i relasjon til andre mer erfarne aktører innen egen yrkesgruppe og andre yrkesgrupper. Læresystemet kan dels forstås som et mesterlæresystem, som beskriver hvordan deltagerer former og formes (Nielsen og Kvale 1999), mens Lave og Wenger (1991) også trekker inn prosessen for å bli en legitim deltager i praksisfellesskapet. Fokus skyves da fra relasjonen mellom mester og lærling til organiseringen av det praksisfellesskapet læringen er en del av. Funn i denne studien peker på at arbeids- og læringsprosessene i kvalitetsutviklingsarbeidet er interaktive og har flere læringsdimensjoner som bygger på hverandre.

Lærende praksisfellesskap

Begrepet praksisfellesskap ble opprinnelig introdusert av Lave og Wenger (1991) for å beskrive personers deltakelser i ulike typer virksomhetssystemer hvor deltagerne har en felles forståelse av hva de gjør, og hva dette betyr for deres liv og fellesskapet. Wenger (1998) understreker kombinasjonen av *praksis* og *fellesskap*, og den indre sammenhengen mellom et gjensidig forpliktende engasjement hos deltagerne, felles oppgaver, rytmer, ansvar og tilbakemeldinger og felles repertoar av handlinger, verktøy og historiske fortellinger om hendelser. I studien anvendes begrepet *lærende praksisfellesskap* om ulike former av

tilrettelagte arbeidsfellesskap i sykehjem og hjemmebaserte tjenester der deltagerne utvikler praksisnær kunnskap og kompetanse gjennom felles mål og handlingsplaner, og er knyttet til hverandre på en slik måte at de er gjensidig avhengige av hverandre. Lærende praksisfellesskap forutsetter deltagelse og en intendert læringsprosess, i motsetning til medlæring som kan foregå i praksis uten at den deltagende selv eller andre har som mål eller intensjon at deltakeren skal lære.

Praksisfellesskap kan skapes uformelt for eksempel av personalet som arbeider i samme turnusplan (Wenger 1998). I denne studien kjennetegnes de lærende praksisfellesskapene av at de inngår i organiseringen av systematisk kvalitetsutviklingsarbeid. Lærende praksisfellesskap ble prøvet ut innenfor og på tvers av organisasjonens etablerte strukturer, på ulike nivåer og med ulik varighet. Lærende praksisfellesskap er knyttet til grupper, og bestod minst av to (læring i par), vanligvis 5-12 personer (aksjons-/arbeids-/ressursgrupper), og inkluderte samlinger i arbeidslaget (30-40 personer), og årlige samlinger med representanter fra organisasjonen i dialogkonferanser (fag- og ledersamlinger i distriktet). Lærende fellesskap er utviklet både i tverrfaglige og homogene grupper. Flere grupper endret sammensetning og antall deltagere sett over tid.

Deltagelse i lærende praksisfellesskap innebar at deltagerne bragte med seg sine erfaringer, kunnskap og verdier til ressursgruppen og at de kunne videreføre kunnskap i handling i arbeidsfellesskap hun/han er deltager av. Måten deltagerne handler i arbeidsfellesskapet og organiseringen av lærende praksisfellesskap vever seg sammen på er viktige for å forstå hvordan deltagerne utvikles i samhandlingskonteksten. Kunnskapen som utvikles i samspill mellom deltagerne, og lærings erfaringene i samspillet mellom ressursgruppen og andre aktører og ledere i virksomheten blir også en del av den enkeltes tenkning og handling (Säljö 2001). Den kollektive yrkesidentiteten er i følge Wenger (1998) resultat av aktiv identifisering *med* praksisfellesskapets oppgaver, mål, verdier og ideologi, mens den individuelle yrkesidentiteten utformes i en dynamisk relasjon til den kollektive identiteten.

Fokus på arbeidets kjerneaktiviteter

Relasjonene mellom deltagerne, og tilliten mellom ressursgruppen og øvrige aktører og ledere i virksomheten, er vesentlige faktorer i kvalitetsutviklingsarbeid som er basert på lærende

praksisfellesskap. Avgjørende for vellykket innsats var at forbedringer ble koblet til kjerneoppgaver i arbeidet og rammene for å utføre arbeidet. For å få denne prosessen til å virke viste det seg å være viktig at tjenesteutøverne og arbeidslagslederne samarbeidet interaktivt. Opplevelse av ubehagelig høy emosjonell spenning mellom deltagerne i ressursgruppen, eller mistillit mellom gruppen og andre viktige aktører og ledere i virksomheten reduserte deltagerens engasjement for kvalitetsutviklingsarbeidet.

Studier av utviklingsarbeid i danske kommuner peker også på betydningen av at medarbeidere og ledere har tillit til hverandre, og spesielt at medarbeiderne opplever ledelsen som troverdig. Hvis ikke dette var tilfelle, ble alle initiativer fortolket i et negativt lys som blokkerte for handling (Hasle, Hvid, Kristensen, Limborg, Møller, Pejtersen, Hvenegaard 2008). Den danske VIPS studien av virksomheters innsats for å styrke arbeidsmiljøet (VIPS Virksomheders indsats for et bedre psykisk arbeidsmiljø) ble gjennomført i 14 ulike virksomheter i Danmark fra 2004-2007 (Sørensen, Mac, Limborg, Pedersen 2008). I flertallet av virksomhetene lyktes de ikke med å gjennomføre vesentlige forbedringer av det psykiske arbeidsmiljøet over en periode på to år, dog var det en liten tendens til flere forbedringer enn forverringer (Hasle *et al* 2008). Til tross for at virksomhetene var meget motivert for å gjøre en innsats for å bedre det psykiske arbeidsmiljøet, var konklusjonene fra VIPS prosjektet at vanlige arbeidsprosesser med kartlegging, prioritering, handlingsplan og oppfølging ikke nødvendigvis fører til forbedringer. Hver virksomhet må finne sin vei til forbedring og utvikle sin egen refleksive praksis (Sørensen *et al* 2008). Å finne veien til sin egen refleksive praksis, krever organisering og tilrettelegging for at refleksjon skal bli noe mer enn å tenke gjennom det som skjer.

Refleksive læringsprosesser

Deltagelse i en ressursgruppe kan ha likhetstrekk med deltagelse i kliniske veiledningsgrupper eller indirekte veiledning (Hallberg 1995, Severinsson 1995, Tveiten 1998). Den overordnede målsettingen med klinisk veiledning er å styrke tjenesteutøverens jobb identitet, kompetanse, ferdigheter og etiske bevissthet (Severinsson 1995). Betydningen av veiledning før, under og etter handling for å styrke yrkesutøvelsen, understrekes (Tveiten 1998). Klinisk veiledning kan innebære å legge til rette for dypere refleksjon, og bør ha som mål å vise sammenhengen mellom teori og praksis (Tveiten 1998). Donald Schön (Schön 1983;1987) vektlegger også refleksjonen som en måte å utvikle praksis på. Forutsetningen for klinisk veiledning er at tjenesteutøveren *selv* finner frem til, erkjenner eller oppdager kunnskap eller mangel på

kunnskap (Tveiten 1998). Ett sterkt motiv har også vært å forhindre at pleieren skader pasienten i vanskelige mellommenneskelige situasjoner og styrking av brukermedvirkning (Hallberg 1995, Vatne 1998). Felles for arbeidet i ressursgruppene og klinisk veiledning er troen på refleksivitet og at kommunikative virkemidler kan føre til forbedringer i pleien og styrke personalets kompetanse.

Ressursgruppenes interaktive arbeids- og læringsformer inkluderer refleksivitet på ulike kompleksitetsnivåer; refleksjon med utgangspunkt i kliniske situasjonsbeskrivelser, og refleksive dialoger utviklet i samspill med kollegene. Refleksivitet er også grunnleggende i faglige og moralske vurderinger og i den konkrete planleggingen av ulike aktiviteter i kvalitetsutviklingsarbeidet, samt i kritisk gransking av praksisformer og i gjennomføring av endringsarbeidet. Gjennomføring av endringer på bakgrunn av læringsprosessene og evaluering av endringene, skiller lærende praksisfellesskap fra tradisjonell klinisk veiledning.

Erfaringer fra klinisk veiledning har også vist at dersom deltagere i veiledningsgruppen kommer frem til økt innsikt og forståelse, og de ikke ser muligheter for å gjennomføre dette i praksis vil veiledningen kunne øke frustrasjonen (Bogat, Severinsson og Berggren 1997). Deltagerne i ressursgruppene erfarte tidlig at arbeidslagslederne hadde en nøkkelrolle i det lærende praksisfellesskapet. Ved å lytte til tjenesteutøvernes presentasjoner, delta i de refleksive dialogene og aktivt delta i planleggings- og beslutningsprosessene bidrog arbeidslagslederne til å se muligheter for gjennomføring innenfor arbeidslagets ressurser. Deltagelse i disse interaktive prosessene gav arbeidslagslederne kjennskap til grunnlaget for planlagte tiltak i kvalitetsutviklingsarbeidet. Arbeidslagslederne bidrog videre ved å støtte tiltakene ressursgruppene hadde besluttet i arbeidslagets daglige arbeidsfordeling. Sammenhengen mellom de interaktive læringsaktivitetene i ressursgruppene og de kvalitative endringene i direkte pasientrettede tjenester hadde sansynligvis ikke blitt oppnådd uten arbeidslagslederens aktive deltagelse.

Refleksjon over handling og handlingssekvenser

Når læringen foregår i en arbeidskontekst, er man ikke bare opptatt av å forstå. Det er nødvendig å vite hvordan man skal handle i ulike situasjoner og i handlingssekvenser, og hvordan man kan samhandle med andre, tverrfaglig. Hvordan lærer man for eksempel å innrette seg hensiktsmessig på kveldsvakt i en sykehjemsavdeling?

Ved oppstart av studien var den gjeldende normen i arbeidslaget at nye medarbeidere hadde ”3 dagers opplæring” hvor den nye fikk gå sammen med en kjent, men både hjelpepleiere og sykepleiere erfarte etter 6 måneder og noen etter 1 år at de fremdeles ikke var ”kjente”. De manglet trening i nødvendige praktiske prosedyrer, bruk av hjelpemidler, mestret dokumentasjonssystemet utilfredsstillende og kunne mangle informasjon om tilgjengelig utstyr og ressurser i kommunen. Mye prøving og feiling gjorde introduksjonen til arbeidsfellesskapet langtrukket, og enkelte sykepleiere gav uttrykk for at de arbeidet for mye alene (som sykepleiere) og at de savnet kolleger å diskutere vanskelige situasjoner med. Uten systematisk refleksjon over handling og kritisk vurdering av arbeidsformene er det også fare for at feil overføres. Bjørk`s (1999) studie av sykepleieres kliniske ferdigheter viste at sykepleierne utførte de samme feilene ved gjennomføring av kliniske prosedyrer i utdanningstiden, som de gjorde etter utdanningen, men prosedyrefeilene ble utført raskere.

Å lære gjennom handling krever aktiv deltagelse og trening. Utvikling av praktiske ferdigheter omfatter både holdning og handling. Ferdigheter må ofte tilpasses med pasientenes endrende situasjon og ved at nye hjelpemidler kommer til. I løpet av kvalitetsutviklingsarbeidet valgte for eksempel erfarne sykepleiere å stille kompliserte sår sammen (læring i par) for å vurdere og vise hverandre i handling hvordan prosedyrene kunne tilpasses bestemte pasienter. Det kunne også være ufaglærte tjenesteutøvere som hadde god teknisk kompetanse, som viste mer uerfarne hvordan hjelpemidler kunne anvendes. I samtalen i ressursgruppene ble erfaringene fra slike samhandlingssekvenser delt og diskutert. Synspunktet i denne avhandlingen er at det krever et arbeid å uttrykke inntrykk i handling, språklige. Det kan være fornemmelser og inntrykk der noe kan sies, men ikke alt, og kunnskap i handling som må vises og ikke berettes (Martinsen og Eriksson 2009). Ny innsikt og endringer kan også komme gradvis, og sees best ved oppsummering og tilbakeskuende blikk. I ressursgruppene anvendte vi systematiske oppsummeringer som et metodisk grep, for at deltagerne skulle få øye på betydningsfulle konkrete situasjoner de hadde lært av – dette ble ofte erfart i ettertid, når de så konsekvensene av handlingene for pasienten og i praksisfellesskapet. Nye mønstre eller spesifikke trekk kunne også komme til syne når nye deltagerne i gruppen tok opp handlingssekvenser, gruppen hadde beskrevet og diskutert tidligere. Men, det var samtidig en grense her. Høy grad av iterative prosesser kunne føre til at kjernedeltagerne opplevde fremgangen som langsom.

Ett annet begrep som kan anvendes om refleksjon over handling som en av de grunnleggende læringsdimensjonene i praksisfellesskapet er samspillet i den proksimale utviklingssonen

(Vygotsky 1978), som ble drøftet teoretisk i kapittel 3.3. Læring i den nærmeste utviklingssonen tar utgangspunkt i kjente situasjoner, men peker samtidig mot det potensielle læringsnivået tjenesteutøverne kan nå i interaksjonen med pasientene og med andres erfaringer, og konsekvensene dette kan få for utvikling av tjenestene. I interaksjonen ligger også grunnen for et potensielt læringsnivå av ny viten, nye handlingsmønstre og fremtidig kompetanse (Säljö 2001). Kunnskaping i den nærmeste utviklingssonen omfattet i denne studien praksisnære kunnskapsformer. I ressursgruppene understreket deltagerne betydningen av pasientkunnskap, og detaljer knyttet til ivaretagelse av grunnleggende behov. Deltagerne viste hverandre ulike håndgrep og bruk av hjelpemidler ble diskutert.

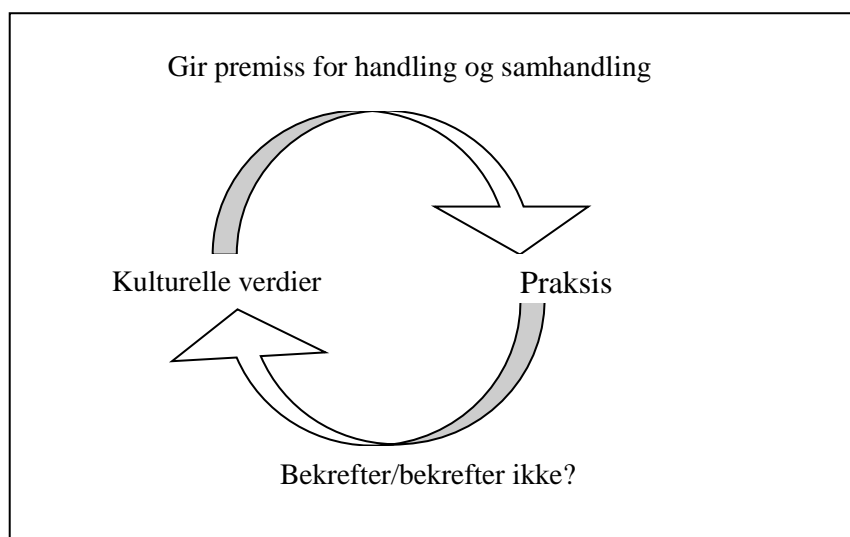
Kunnskapingen i refleksjonene over handlingssekvenser omfattet også beskrivelser av hvordan pleierene i nye og ukjente situasjoner lyttet til pasienten og søkte å tilpasse seg situasjonen og behovene. Dette er praktisk kunnskap som krever sensitivitet og oppmerksomhet. Det er samtidig en type kunnskap som er forskjellig fra generalisert teoretisk kunnskap ettersom de søker etter det unike og individuelle hos pasienten som person. I denne sammenhengen er det interessant å trekke en parallell til den opprinnelige betydningen av evidens begrepet (fra latin *evidentis*) med betydningen å se og å innse, som hører sammen med å vite (Eriksson og Nordman 2004; Martinsen og Eriksson 2009). Martinsen (2009) mener at andre former for evidens enn den medisinske derfor kan arbeides frem, til tross for medisinsens maktfulle posisjon i kunnskapsutviklingen innen helsefagene. ”Om vi sanser og berøres først, fatter vi og kanskje forstår hva vi det vi er berørt av, etterpå”, hevder Martinsen (2009, s. 128). Å støtte pasientens ressurser gjennom handlingssekvenser og ikke overta unødvendig fordrer innlevelse (empati) og en delaktighet i pasientens situasjon som er av følelsesmessig, ikke teknisk karakter. Omsorg i denne betydningen innebærer å bry seg om og om å gi av seg selv. Derfor er også refleksjonene over handling og handlingssekvenser så følelsesmessig berikende og belastende. Dette aspektet diskuteres videre i neste avsnitt.

11.2 Kjerneaktiviteter i praksis og verdier i kvalitetsutviklingsarbeidet

Vedvarende fokusering på pleie- og omsorgsarbeidets kjerneaktiviteter og verdier (slik de er fremlagt i Kvalitetsforskriften 1997) ble understreket av deltagerne som av vesentlig betydning for kvalitetsutviklingsarbeidet. I dette avsnittet diskuteres derfor hvordan verdier

gir premissser for handling og samhandling, og hvordan handling og samhandling skaper, vedlikeholder og endrer kulturelle verdier.

I det innledende arbeidet i studien valgte vi å definere Forskrift om kvalitet for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (1997), som felles verdigrunnlag for utviklingsarbeidet. Ledere, tverrfaglige representanter og tillitsvalgte på ulike nivåer i distriktet og alle deltagere i forskningsfeltet deltok i diskusjonene om verdigrunnlaget. Målsettingen i Kvalitetsforskriften uttrykker kulturelle verdier, som omfatter både at pasientene skal få dekket grunnleggende behov (§ 1-3), og pasientens medvirkning i planlegging og gjennomføring av pleien (§ 3). Spørsmålet er om den enkelte tjenesteutøver og tjenesteapparatet som helhet klarer å ivareta de offisielle verdiene i praksis ved de arbeidsformene og strukturene som er oppbygd i organisasjonen. Svaret på dette er komplisert og kan studeres fra ulike organisatoriske nivåer, fra personnivå (inkluderer både tjenesteutøver, pasient og pårørende), intersubjektivt nivå (inkluderer grupper av tjenesteutøvere og samarbeid mellom aktører og grupper i organisasjonen), og fra et samfunnskritisk nivå. Med inspirasjon fra Cato Wadel og Carl Cato Wadel (2007) illustreres forholdet mellom kulturelle verdier og praksis i en forenklet figur 13 der målsettingen i Kvalitetsforskriften (1997) representerer verdier i den offentlige eldreomsorgen som kommer til uttrykk i en lokal praksis



Figur 13: Kulturelle verdier og praksis

I mangelen på samsvar mellom kulturelle verdier og arbeidsformer ligger det et endringspotensial, hevder Wadel og Wadel (2007). Wadel og Wadel (2007) peker på at endringspotensialet ikke nødvendigvis behøver å bli utnyttet. Klarer man ikke å realisere og

ivareta verdiene gjennom endring av arbeidsformene, kan man tenke seg at man i neste omgang endrer de kulturelle verdiene, eller verdiprioriteringen. En kan også tenke seg at ”gamle” verdier nedprioriteres og nye opp-prioriteres.

Uttalte verdier

I pleiernes refleksjoner over praksisnære situasjoner ble *respekt* for pasientens og de pårørendes ønsker og behov identifisert som en kjerneverdi i arbeidsfellesskapet. Pleierne beskrev hvordan de enkeltvis og kollektivt innrettet arbeidsdagen for at tiden kunne prioriteres så langt det var mulig til nytte for pasienten. Pleierne ønsket og var åpne for inntrykk og endringer i her og nå situasjonen, og i møtet med pasientens sårbarhet søkte de å finne tonen og gi pasienten rom for samhandling. Pleierne understreket betydning av kjennskap til detaljer i pasientens situasjon og hverdagsrutiner for å bevare forutsigbarhet i pleiesituasjonene, og de understreket betydningen av handlingsrekkefølger ved opplæring av nyansatte for å ivareta kvalitet i pleien. Disse refleksjonene uttrykker tjenesteutøvernes og de lokale ledernes *uttalte verdier* (Wadel og Wadel 2007). Det vil si hva de ønsket å gjøre.

Praksis

I den faktiske hverdagen opplevde pleierne at verdiene ble satt under press. Pleierne prioriterte ivaretagelse av pasientenes fysiologiske grunnleggende behov, praktisk bistand og medisinsk faglige oppgaver som sårstell og administrering av medikamenter. Pleierne pekte på at travelheten og arbeidets organisering i det store arbeidslaget gjorde det vanskelig å ivareta kontinuitet i relasjonen mellom pleieren og pasienten i hjemmesykepleien og ivaretagelse av psykososiale behov ble opplevd som forsømt. I hjemmesykepleien ble tjenestene beskrevet som *oppdrag*. Det vil si at arbeidet var avgrenset til oppgaver. I hjemmesituasjonen søkte tjenesteutøveren på tross av dette å tilpasse hjelpen til den aktuelle situasjonen i samspill med pasienten, og pleierens tidligere erfaringer. Var pleieren usikker på hva som var passende handling i situasjonen refererte de ofte til hvordan de ville ha oppfattet det om de var i samme situasjon, de refererte også til relasjonen til kolleger, og søkte å tilpasse seg det de antok var de kollektive handlingsnormene. Med økende antall skrøpelig hjemmeboende eldre utførte pleierne ofte mer praktisk bistand enn forutsatt i oppdraget for å bevare *verdighet* i hjemmesituasjonen. Sykepleierne og hjelpepleierne i hjemmesykepleien opplevde mengden av praktisk bistand som frustrerende, og arbeidslagets leder uttrykte at på dette området fikk de mest klager fra brukerne i arbeidslaget. Pleiernes stilte seg svært kritiske til at den politiske og administrative ledelsen i kommunen ikke prioriterte

hjemmehjelpstjenestene sterkere ettersom kompleksiteten og skrøpeligheten hos hjemmeboende brukere økte. De kompenserte manglene i disse tjenestene ved å anvende privat tid og egne ressurser. Enkeltvis og kollektivt forsøkte pleierne å kompensere økende kompleksitet i tjenestene ved å strekke seg stadig lengre. De omformet med andre ord kommunale målsettinger om redusert hjemmehjelpsinnsett, for å bevare verdigheten i hjemmesituasjonen.

Funnene samsvarer med Vike *et al* (2002) studier i sykehus og kommuner, som viser at pleiepersonalet strekker seg langt utover det man kan finne i andre samfunnssektorer (Vike *et al* 2002). Selv om administrativt ansatte og lokalpolitikere ofte uttrykker seg og handler i tråd med et moralsk engasjement, er det en forskjell (Vike *et al* 2002). Pleierne står overfor vanskelige moralske vurderinger og valg som betyr mye for deres identitetsutforming.

Verdier som premisser for handling

Ved refleksjon over handling og handlingssekvenser ble fokus rettet mot praksis og den enkelte pasients ønsker og behov. I refleksjonene beskrev pleierne det å se hva de kunne gjøre for den enkelte pasient som betydningsfullt for kvaliteten i pleien og for egen yrkesidentitet. Dette synliggjorde deler av hverdagens praksis som sjelden ble snakket om i arbeidsfellesskapet, ettersom hverdagens praksis ofte kun inneholdt korte rapporter mellom vaktene, med overføring av viktige beskjeder og oppdragsorientering.

I de kritiske dialogene reflekterte pleierne over hvordan økende antall pasienter på hver vakt førte til at pleierne kom i intens handlingstvang for å klare å ivareta alle pasientenes livsnødvendige og grunnleggende behov på hver vakt. Oppdragsmengden påvirket de nære pleierelasjonene, og særlig den vanskelige balansen mellom å gi hjemmeboende skrøpelig eldre tilstrekkelig tid og nødvendig støtte i pleiesituasjonen og ikke overta funksjoner han/hun kan klare selv. Flere pleiere beskrev dette som en smertelig prosess, og særlig når de måtte erkjenne at det var manglende samsvar mellom faktiske handlinger og deres uttrykte verdier. Det gjaldt å finne balansen i pleiesituasjonen og å unngå ytterpunktene av *overdreven omsorg* på den ene siden, og *unnlatelser* på den andre. Pleierne var opptatte av å respektere pasientenes individuelle ønsker, men mange oppdrag ble i praksis fordelt etter likhetsprinsippet, som avdelingslederen uttrykte det: "*Alle kan ikke få hjelp til å dusje på en torsdag, vi må fordele det på faste dager*". Pasientenes ønsker om færrest mulig hjelpere og intensjonen om primærkontakter var en vedvarende utfordring i kvalitetsutviklingsarbeidet som det var vanskelig å etterkomme på grunn av økende antall pasienter og turnussystemet.

Turnussystemet reduserte mulighetene for kontinuitet i relasjonen mellom primærkontakten og pasientene som hadde behov for mye hjelp. På den annen side gav flere uttrykk for at å kunne dele denne erkjennelsen i det lærende praksisfellesskapet var nødvendig. Spørsmålet om ivaretagelse av individuelle behov, tilpassing av hensiktsmessige arbeidsformer og et tilfredsstillende dokumentasjonssystem er eksempler som ble fellesskapets anliggende. Primærkontaktens ansvar ble ikke redusert, men diskutert i fellesskapet. Å være den pasienten er avhengig av, kan være tyngende og frihetsbegrensende, men det kan også oppleves som en meningsfull oppgave. Omsorgen, liksom kvalitetsutviklingsarbeidet starter i det nære, og der finnes endringspotensialet.

I felt 1 var fokus vedvarende orientert mot ivaretagelse av pasientenes behov og ønsker. Hvert halvår oppsummerte gruppene sine erfaringer, og på bakgrunn av disse ble ny planer og mål utarbeidet. I tillegg oppsummerte alle gruppene forbedringsområder som arbeidslaget prioriterte i fellesskap som satsingsområder i kvalitetsutviklingsarbeidet. Det første området var å styrke de ”sosiale aktivitetene for beboerne i sykehjemsavdelingen”. Mangelen på samsvar mellom de uttrykte verdiene og praksis i sykehjemsavdelingen var skjedd gradvis. Deltagerne i ressursgruppen i sykehjemmet rettet oppmerksomheten mot beboernes ønsker og behov, og erkjente at de sosiale aktivitetene var et forsømt område. Gjennom systematiske arbeid endret deltagerne i sykehjemsavdelingen praksis godt støttet av kollegene i arbeidslaget og styrket verdifellesskapet. At det var mulig å endre praksis innenfor de kollektive samhandlingsaktivitetene med lærende praksisfellesskap (ressursgrupper) styrket deltagerne fremtidige planer og aktiviteter også i andre grupper.

I felt 2 hvor deltagerne var satt sammen i en aksjonsgruppe på tvers av arbeidslag, oppdaget deltagerne ved erfaringsutveksling og kartlegging at arbeidslagene hadde ulik dokumentasjonspraksis. Deltagerne mente også de burde forbedre pasientenes medvirkning i planleggingen og gjennomføringen av pleien (verdi) , for å styrke praksis. Eierskap til beskrivelsen av dokumentasjonspraksis og aktivt litteraturarbeid styrket den kollektive forståelsen for at det var behov for endringer på tvers av alle arbeidslagene.

Samspillet og verdifellesskapet

Vedvarende fokusering på arbeidets kjerneaktiviteter styrket samspillet og verdifellesskapet mellom erfarne og uerfarne og mellom yrkesgruppene i ressursgruppene. Ettersom deltagerne

gjennomførte felles lærings- og arbeidsaktiviteter fikk de et repertoar av felles hendelser som styrket fellesskapet og motivasjonen for å søke etter konkrete endringer der de erfarte det var uoverensstemmelse mellom Kvalitetsforskriftens målsetting og egen eller arbeidslagets praksis. Denne arbeidsprosessen med å analysere eksisterende praksis og sentrale prosesser lokalt, og så finne veien sammen ble trukket frem som en vesentlig konklusjon fra deltagerne og de lokale lederne. Begrunnelsen for en demokratisk arbeidsmodell er at ledere og tjenesteutøvere er med på å skape den virkeligheten de arbeider innenfor, gjennom den måten de snakker om seg selv, hverandre og om tjenestene. Forutsetninger for nyskapende endringsprosesser er

- at det finnes et uttrykt behov for forandring,
- at noen har ambisjoner ut over det en for tiden presterer
- at det kan etableres en sosial situasjon der ambisjoner, usikkerhet og risiko kan transformeres til ny erkjennelse og forpliktende valg.

Ved å analysere eksisterende praksis gjennom situasjonsbeskrivelser og kritisk reflekterende dialoger blir det konstruert ulike praksisbilder og alternative løsninger. Man kan si at virkeligheten stadig blir til og at kunnskapskapingen er i stadig forandring. Ettersom kvalitetsutviklingsarbeidet er en vedvarende prosess der nye situasjoner vil kunne kreve nye løsninger, vil det kontinuerlig være behov for å granske dynamikken mellom uttalte og uutalte verdier og måter å gjøre ting på som fungerer i praksis. Fremtidige problemstillinger vil også være hvordan man skal balansere mellom ivaretagelse av den enkelte pasientens grunnleggende behov og ønsker på den ene siden, og på den andre siden kapasitets- og ressursproblemer og fordelingen av tjenestene. Disse utfordringene stilles til ledere såvel som tjenesteutøvere når tid og ressurser presser på samtidig som kravene til omsorgsfull og faglig forsvarlighet øker.

Å ivareta kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene dreier seg om å yte god omsorg. God omsorg dreier seg om å handle for å sammen med pasienten (Martinsen 1990). Den gode omsorgen hviler derfor på to etiske prinsipper. Det ene prinsippet er å vise respekt for personens livsførsel og vilje og det andre å ta ansvar for den som ikke kan klare å ivareta grunnleggende behov selv (Kvalitetsforskriften 1997, § 1). Relasjonen mellom tjenesteutøveren og tjenestemottakeren er derfor selve kjernen i pleie- og omsorgsarbeidet. Tjenesteutøveren må respektere tjenestemottakerens ønsker, men samtidig også forstå pasientens sårbarhet og manglende evne til å ivareta egne behov. Tjenesteutøveren må derfor hele tiden kunne utøve

skjønn og håndtere ulike situasjoner fra gang til gang. Den enkelte tjenesteutøver og tjenesteapparatet som helhet må også kontinuerlig vurdere sammen med pasienten og eventuelle pårørende hvordan pleien skal planlegges og gjennomføres (Kvalitetsforskriften 1997, § 3). Flere omsorgsforskere, deriblant Vabø (2007) peker på faren for at arbeidet blir rutinisert eller pervertert når ressursene presses, og tiden blir for knapp til å foreta individuelle vurderinger. Kravet om å forvalte knappe ressurser og samtidig tildele tjenester på en rettferdig og riktig måte stiller den enkelte tjenesteutøver og lederne i tjenesteapparatet som helhet overfor en rekke dilemmaer. At tjenestene må rasjoneres tilsier at tjenesteutøverne hele tiden må kunne vurdere den enkelte pasients behov for hjelp, men også ta hensyn til de andre som venter. Selv om hverdagen ikke er like travel hver dag, må tjenesteutøverne hele tiden være forberedt på at det kan være noen som trenger deres hjelp. Det var særlig sykepleierne som måtte håndtere stadige oppkallinger i løpet av en vakt i foreliggende studie. Erfarne pleiere lærte seg å fordele tiden og å sette av litt tid for å ivareta pasientens spesielle ønsker, men på grunn av arbeidsmengden, går ikke dette hver dag. Tjenesteutøvernes ansvarlighet settes i slike situasjoner *på strekk*. De må finne løsninger og prioritere bort noe. I studien var kompleksiteten med turnusarbeid en konstant utfordring i kvalitetsutviklingsarbeidet ettersom flere av pleierne hadde reduserte stillinger og noen stillinger var vakante og erstattet med vikarer. Mens det faste personalet kunne få til fellestiltak for pasientene på formiddagen, erfarte vi at en stor andel med vikarer og ukjente medarbeidere i ferieperiodene reduserte mulighetene for å gjennomføre disse tiltakene. På tross av planer om små turer ut på formiddagen, kunne pasientene bli sittende inne om sommeren. Vikarer og ukjente medarbeidere har ikke den samme flyten i arbeidsoppgavene og bruker lengre tid hos den enkelte pasient for å ivareta de grunnleggende behovene, og tiden til felles sosiale aktiviteter reduseres. Antallet pasienter totalt og relativt sett i forhold til antallet personalet økte i løpet av perioden studien ble gjennomført. Denne endringen økte presset på tjenesteutøverne og var en erkjent problemstilling både blant ledere, pleiepersonalet og tverrfaglige medarbeidere. Erkjennelsen var også at tjenesteutøverne hele tiden må arbeide for å opprettholde nødvendige kompetanse ut fra oppgavene som skal utføres. Det er samtidig denne erkjennelsen som bidrar til å opprettholde og motivere for kompenseringen og ekstraytelsene som førstelinjen i velferdsstaten yter i sitt arbeid, hevder Vike *et al* (2002).

Den positive konklusjon i denne avhandlingen er at selv om det tar tid å finne veien mot forbedringer, har utvikling av lærende praksisfellesskap vist seg å være virksomt innenfor de eksisterende ressursene. Andre tilsvarende studier har også vist at om virksomhetens ledere og

ansatte er motivert for endringer, er det nødvendig å bruke tid for å finne frem til lokale ressurser og tilnærminger i forbedringsarbeidet. Å utfordre vaner, personlige overbevisninger og antagelser, tar tid og er ikke gjort ved et enkelt grep (Hansen, Olsen og Schou 2003; Hasle *et al* 2008). Hver virksomhet må finne sin vei til forbedring og utvikle sin egen reflekssive praksis (Sørensen *et al* 2008). Erkjennelsen om at hver virksomhet må finne sin vei som kan føre frem til endring gjør kunnskapsgenereringen om kvalitetsutviklingsarbeidet komplisert. Det ufordrer synet på bruk av kvalitetsutviklingsmodeller på et organisasjonsnivå, som andre har funnet vellykket.

11.3 Kommunehelsetjenesten som læringsarena

Studier av omsorgens vilkår i Norge viser at kompleksiteten i pleie- og omsorgstjenestene øker (Næss 2005; Vabø 2007). Fortsatt stilles det krav om verdige tjenester i eldreomsorgen (HOD 2009). Sett i et fremtidig perspektiv er det avgjørende for kommunene at medarbeiderne har den individuelle kompetansen som trengs for å ivareta kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene på en optimal måte. Tilretteleggelse for kompetanseutvikling gjennom interaktive læringsprosesser i arbeidet er samtidig viktig for den enkelte medarbeider i kommunehelsetjenesten. For å rekruttere faglært personale og sikre et godt tjenestetilbud er det også viktig å ha et nært samarbeid med helsefagutdanningene som har studenter og lærlinger i praksis i kommunehelsetjenesten. Kompetanseutvikling og kvalitetsutvikling kan derfor sees som to sider av samme sak.

Ressurs- og kapasitetssituasjonen

Analysen av arbeidslagets ansvarsområde, utfordringer og tilpasninger i den daglige tjenesteutøvelsen ved oppstart av forskningssamarbeidet er beskrevet i kapittel 5.2 og 5.3. I løpet av det empiriske forskningssamarbeidet erfarte tjenesteutøverne og deres nærmeste ledere et sterkt arbeidspress. Personalet prioriterte tiden til nødvendig ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov og nødvendig opplæring av nye medarbeidere. Økende antall pasienter med stort omsorgsbehov stilte betydelige krav til personalets effektivitet og kompetanse i de hjemmebaserte tjenestene. Manglen på sykehjemsplasser førte til at det ble tatt i bruk korridorsenger i sykehjemsavdelingen. Økonomiske incentiver med satsing på omsorgsboligutbygging kompenserte ikke for manglende sykehjemsutbygging frem til år 2002. Hvordan er så ressurs- og kapasitetssituasjon i pleie- og omsorgstjenestene i dag?

Dersom en ser på den lokale konteksten i lys av utviklingstrekk i pleie- og omsorgstjenestene i Norge, ser den pressede situasjonen ikke ut til å ha avtatt siden. Riksrevisjonens nye undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre (Riksrevisjonen 2009) viser at dekningsgraden for eldre over 80 år har blitt redusert med syv prosent, selv om antallet sykehjemsplasser faktisk har økt fra 2003 til 2007. Undersøkelsen viser at det har skjedd en økning i bemanningen og i fagkompetansen i denne perioden, men fortsatt har nesten fire av ti deltidsarbeid og 39 % har avtalt arbeidstid mellom 1 og 19 timer pr uke. Kun 11 % har avtalt arbeidstid mellom 37 og 39 timer pr uke. Den store andelen deltidsansatte i små stillingsbrøker som ikke kjenner pasientene like godt som de fulltidsansatte, har et stort behov for informasjon og veiledning. God og kontinuerlig dokumentasjon av pasientenes behov og ønsker er også nødvendig for å sikre at alle ansatte har tilgang på relevant informasjon. Utbredt bruk av deltidsstillinger og et forholdsvis høyt sykefravær (11% i 2007) utfordrer kontinuiteten i tjenestetilbudet.

Det forventes at befolkningen i aldersgruppen 67 år og eldre vil øke betraktelig i årene fremover. Dette medfører økt behov for pleie- og omsorgstjenester, og det indikerer et behov for faglært bemanning og kontinuerlig styrking av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Opptrapping i antallet stillinger vil trolig fortsatt være i utakt med behovet for tjenester. I den offentlige diskusjonen stilles det også spørsmål om man har statistiske beregninger av pasientenes behov som er eksakte nok som grunnlagsmateriale (Dolonen & Tholens 2009). Riksrevisjonens undersøkelse (2009) understreker at det fortsatt er behov for å styrke kompetansen i bruk av Individbasert pleie og omsorgsstatistikk (IPLoS) som metode for dokumentasjon av søkernes og tjenestemottakernes bistandsbehov (Riksrevisjonen 2009).

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Omsorgsplan 2015 (St. meld 25 (2005-2006)) og delplanene *Den gode dagen* og Kompetanseløft 2015 satt i gang tiltak for å styrke bemanningen og kvaliteten i tjenestene, men økende antall pasienter i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene vil fortsatt utsette ledere og tjenesteutøvere for et hardt press for å kunne opprettholde kravene om kvalitet i tjenestene. Ressurs- og kapasitetssituasjonen i sykehjem og i hjemmebaserte tjenester er ikke endret positivt de siste årene, og dersom man tar hensyn til de demografiske endringene er det sannsynlig at tjenestene utsettes for ytterligere press. Ved avslutningen av denne studien uttrykte tjenesteutøverne bekymring for varslede innsparinger i kommunehelsetjenesten med nedlegging av dagsentre og at de ikke skulle klare

å opprettholde det kvalitetsnivået de hadde opparbeidet i fellesskap i sykehjemmet og i de hjemmebaserte tjenestene. I motsetning til andre tekniske yrker der man kan skille ulike deler av produksjonsprosessen; som planlegging, vurdering og utførelse, er pleiearbeidet knyttet til kvaliteten i selve møte med pasienten, til det den enkelte og det tjenesteutøverne sammen utfører for å ivareta flyten i arbeidet. De vedvarende læringsprosessene og det konkrete endringsarbeidet som er beskrevet i studien for å ivareta kvalitet i tjenestene, synliggjør den konkrete realiseringen av sosialt og personlig moralsk engasjement. Internalisering av ansvar forklarer hvorfor pleiepersonalet strekker seg for å ivareta pasientenes grunnleggende behov. På tross av at de står overfor et konstant press, bestreber de seg på å tilpasse tjenesteutøvelsen til et økende antall pasienter med kompliserte lidelser i såvel sykehjem som i hjemmebaserte tjenester.

11.4 Undervisning, interaktive læringsarenaer og individuelle læringsbaner

Utviklingen i arbeidslivet generelt går i retning av at det kreves stadig mer av den enkelte arbeidstaker, i hvert fall om de skal gjøre karriere (Wærness 2001). Tenkningen om individuelle læringsbaner introduseres også tidlig gjennom helsepersonellutdanningenes målsettinger og er en vesentlig del av evalueringsgrunnlaget i kliniske studier. Kliniske opplæringsprogrammer for helsepersonell etter endt grunnutdanning, fordrer derfor individuelle opplæringsplaner og en dialog hvor man både tar hensyn til utdanningsplanens mål og den enkelte virksomhets mål for tjenestene.

Analyser av ulike former for etterutdanninger har vist at interaktive intervensjoner har større effekt enn tradisjonell undervisning, og at mangeartede tilnærminger har større effekt enn enkeltstående intervensjoner (NHS 1999, Mansouri *et al* 2007, Marinopoulos *et al* 2007, Forsetlund *et al* 2009). Tradisjonell undervisning alene som omfatter kurs, konferanser, forelesninger, workshops, seminarer og symposium, har vist liten effekt i forhold til forbedringer i profesjonell praksis (Forsetlund *et al* 2009).

Funn i studien bekrefter at de interaktive intervensjonene har hatt størst effekt i forhold til forbedringer i praksis. I forskningsfeltet var deltagerne kritiske til den tradisjonelle interne dataopplæringen som tidligere var blitt gjennomført i distriktet. Personalet hadde vært på dataopplæring flere ganger uten at det elektroniske dokumentasjonssystemet ble gjort tilgjengelig for alle ansatte. Virksomhetene fikk også ofte tilbud om eksterne kurs som de

mente kunne være relevante for personalet, men den kommunale økonomien gjorde dette vanskelig. Lederne vurderte effekten av eksterne kurs som minimal for utvikling av tjenestene. De understreket at det ville kreve mer tid og diskusjon i arbeidslagene å endre praksis på bakgrunn av innholdet i eksterne kurs enn de korte referatene som ble gitt på personalmøtene.

I forskningssamarbeidet ble det åpnet for at personalet i ressursgruppene kunne delta på den ordinære undervisningen for bachelorstudenter i sykepleie og på åpne seminarer i høgskolen for å styrke innsikten innenfor de temaene gruppene arbeidet med. Undervisningstemaer som ”sår og sårbehandling”, ”omsorg for døende” og ”smertelindring” ble koblet til de aktuelle temaene i gruppene. Deltagernes oppsummerte erfaringene var at de hadde mindre nytte av den tradisjonelle undervisningen og konferansene, enn de interne seminarene de arbeidet frem selv med nær tilknytning til ressursgruppens praksis og problemstillinger. Forarbeidet til og gjennomføringen av interne fagseminarer bidro i større grad til bearbeiding av ulike praksiserfaringer, skapte samhold og stimulerte deltagerne til å søke kunnskap utover egne erfaringer i lærebøker, og særlig forskrifter og lover som regulerer tjenestene. Årlige oppsummeringsseminarer ble også vurdert som mer effektivt i kvalitetsutviklingsarbeidet enn tradisjonell undervisning. Tjenesteutøverne ble imidlertid kjent med høgskolens utdanningstilbud, og noen sykepleiere gjennomførte på eget initiativ videreutdanning innen psykiske helsearbeid eller aldring og eldreomsorg.

Bruk av arbeidsmapper og kompetansekartlegging som grunnlag for fagstige

I prosjektets siste fase ble det utarbeidet forslag til individuelle arbeidsmapper med fastsatte kompetansekriterier som dokumenterte tjenesteutøverens individuelle kompetanseutvikling, inspirert av Lave (2003) individuelle læringsbaner innenfor praksisfellesskapet. Deltagerne beskrev ”*mappen*” som en utvidet CV ettersom den inneholdt dokumentasjon for både formell utdanning, kurs, seminarer og gruppens aktiviteter og oppsummering fra ulike kliniske kjerneaktiviteter de var ansvarlige for. Arbeidsmappen gav samtidig den enkelte innsikt i egen kompetanseutvikling, og med et kritisk blikk gav den grunnlag for å planlegge individuelle læringsaktiviteter.

Arbeidsmappen ivaretar kravene i klinisk fagstige for hjelpepleiere fra 2002, og kriteriene i NSF`s godkjenningsordning for klinisk spesialist som ble vedtatt i 2004 (NSF 2007a).

Fagforbundet har fra 2009 en tilsvarende godkjenningsordning for høyskoleutdannet personell

med 4 kriterier: yrkeserfaring, veiledning, teoretisk fordypning og faglig prosjekt. For å ivareta kravene i henhold til disse godkjenningsordningene må det satses mer på klinisk veiledning og ikke minst på utdanning av veiledere, kurs timer innen klinisk/pasientrettet arbeid og tilrettelegging for aktiv bruk av litteratur og forskning gjennom tilknytning til databaser på internett. Dette vil fordre et nært samarbeid med høgskolene som ivaretar etter- og videreutdanninger for helsepersonell og med Undervisningssykehjemmene som fra 2008 er etablert i alle fylker (St. meld 25 (2005-2006)).

Fra 2008 har også Hovedavtalen i arbeidslivet fått en ny bestemmelse som vektlegger kompetanse, læring og utvikling som grunnlag for tjenesteutvikling (KS 2008). Det understrekes at arbeidsgiver har ansvaret for å fremme kompetanseutvikling og kartlegge kompetanse og kompetansegivende oppgaver i egen virksomhet (KS 2008). Flere kommuner har de seneste årene utarbeidet elektroniske CVer til anvendelse i kompetansekartlegging (KS 2008). Systematisk bruk av arbeidsmapper kan være nyttig for den enkelte tjenesteutøver og for kommuner som ønsker å bidra aktivt i tjenesteutøvernes kompetanse.

Økende kompleksitet i helsetjenestene både som følge av krav om effektivisering og tilpassede tjenester til den enkelte pasients behov og ønsker, fordrer sammensatte kompetanseutviklingsprogrammer. Å tilrettelegge for erfaringsutveksling med grupper og reflekterende dialoger er ikke i seg selv nok. Nyere krav i helselovgivningen fordrer faglig forsvarlighet i tjenesteutøvelsen, som innebærer utvikling av erfaringsbaserte kunnskaper og inkludering av den teoretiske kunnskapsutviklingen i helsefagene (Helsepersonelloven 1999).

Funn i studien peker på betydningen av at den enkelte tjenesteutøver gies mulighet til å delta i kompetansegivende oppgaver i virksomheten, og at dette kombineres med kvalitetsutvikling i tjenestene ettersom det er arbeidets kjerneaktiviteter som først og fremst motiverer tjenesteutøverne til engasjert innsats. Kombinasjonen av individuell kompetansekartlegging, bruk av medarbeidersamtaler, personlige arbeidsmapper og lærende praksisfellesskap vil kunne være viktige satsingsområder i virksomhetene for å beholde kvalifisert personale og styrke grunnlaget for utvikling av fagstiger og opplæringsplaner i tråd med kravene til pleie- og omsorgstjenestene i fremtiden.

11.5 Refleksjon over kunnskapsgenereringen

Pragmatiske og kommunikative valideringsprosesser

Å rette fokus i utviklingssamarbeid mot det deltagerne vurderte var vesentlig og nyttig å arbeide med, kjennetegner den praktiske aksjonsforskningstilnærmingens demokratiske og anerkjennede utgangspunkt (Kemmis & McTaggart 2000). Det er samtidig dette som ofte virker provoserende i forskningstilnærmingen. En provokasjon som antagelig speiler en dypt forankret kulturell antagelse i forskningssamfunnet om hvordan kunnskap utvikles mest rasjonelt, sikkert og effektivt. Aksjonsforskningstilnærmingens vitenskapelige prosesser og samarbeid med deltagerne er utfordrende, og det skal selvsagt stilles kritiske spørsmål ved analysenes holdbarhet.

Eriksson (2009) hevder at sykepleievitenskapen⁵¹ som menneskevitenskap behøver en humanvitenskapelig forankring, ettersom den naturvitenskapelige orienterte evidensoppfatningen er for snever (Eriksson 2009, side 35). Hun tar videre til orde for at det i sykepleievitenskapen i dag er nødvendig å forene den humanvitenskapelige evidensoppfatningen med "vitnesbyrde" om det "sanningslika, det sköna og det goda" som ideal, og naturvitenskapens ideal om "bevis" for å kunne synliggjøre sykepleiens kjerne og verdier (ibid). Det dreier seg om å legitimere og føre tradisjonen i sykepleietjenesten videre i en ny toneart i tiden, sier Eriksson (2009, side 37). Det er en toneart som gir klang fra grunnleggende verdier, og som mer enn noensinne trengs innen dagens pleie- og omsorgstjenester. Omsorg finner sted i en asymmetrisk relasjon der den som kan gi, også kan ta, eller ganske enkelt la være, overse eller forsømme og den som trenger mest, kan bli gitt minst. Dette er motsetninger og farer som pleie- og omsorgstjenestene rommer (Vetlesen 2001a, Næss 2005).

Ett viktig kjennetegn ved lærende praksisfellesskap er at læringen er dialektisk og at kunnskapingen skjer som en vekselvirkning mellom handling i praksis og deling av erfaringer. I diskusjonen er forholdet mellom verdier og praksis trukket frem. Mens den enkelte yrkesutøver har ansvar for å utøve yrket i samsvar med gjeldende lover, forskrifter og faglig etiske retningslinjer, har kommunene ansvar for organisering og utbygging av et forsvarlig tjenestetilbud og staten har ansvar for å sikre like rammevilkår samt føre tilsyn og kontroll med tjenestetilbudet. Gjennom nasjonale strategier for kvalitetsforbedring i sosial- og

⁵¹ Den finske professoren Katie Eriksson beskriver vårdvetenskapens forankring. "Vårdvetenskapen" er her omsatt til sykepleievitenskapens forankring.

helsetjenesten (SHdir 2005), og Kompetanseløftet 2015 rekrutterings- og kvalifiseringstiltak (St.meld 25 2005-2006), samt nasjonale rammeplaner for helsefagutdanningene (UFdep 2004) er målsettingen å sikre likeverdig kvalitet i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Kvalitetsutviklingsarbeidet, som er beskrevet i foreliggende studie, tok med utgangspunkt i en deltagende aksjonsforskningstilnærming tak i hvordan tjenesteutøverne og deres nærmeste ledere kunne ivareta pasientens ulike ønsker og behov innenfor eksisterende rammer med et økende antall pleie- og omsorgstrengende, med stadig strammere offentlige budsjetter og forventningene som skapes politisk om å realisere verdier som omsorg, effektivitet og lønnsomhet i helsetjenesten (Kvalitetsforskriften 1997, St. meld 28 (1999-2000)).

Handlingsrommet i kvalitetsutviklingsarbeid kan i dette perspektivet beskrives som i et komplisert spenningsfelt mellom den enkelte pasients ønsker og behov og samfunnets krav og forventninger til effektivitet, og på den annen side den enkelte yrkesutøvers personlige kompetanse og kapasitetssituasjonen i tjenesteapparatet om helhet. Kvalitetsutviklingsarbeid slik vi erfarte det på et lokalt nivå dreide seg om å styrke bevisstheten om og finne en balanse mellom de nevnte faktorene som kunne gi tjenesteutøverne et handlingsrom til i større grad å ivareta pasientenes individuelle behov og øke tjenesteutøvernes kompetanse.

Forskningssamarbeidets målsetting om å bidra til systematisk kvalitetsutvikling innenfor denne kontekstuelle rammen har vært utfordrende på flere måter. Først og fremst for tjenesteutøverne og de lokale lederne hvis første prioritet til enhver tid er å ivareta den direkte tjenesteutøvelsen og umiddelbare behov hos personalet. Forståelsen for kontekst har vært viktig ved utformingen utviklingsarbeidet og ikke minst i forskningstilnærmingen og kunnskapsgenereringen med analyser underveis og i ettertid for å kunne trekke ut abduktive konklusjoner (Bjørndal 2007). I kunnskapsgenereringen i studien har praktiske handlinger og beskrivelser av praksisnære situasjoner og begrunnelsene for handling derfor hatt en sentral plass. Utvikling av gyldig kunnskap begynner i i følge aksjonsforskerne Jean McNiff og Jack Whitehead (2009) med artikuleringen av *verdiene* som rettleder eget arbeid, men det er ikke nok å uttrykke erfaringene. Man må teste ut egne synspunkter mot kritisk feedback fra andre, for å oppnå intersubjektiv enighet (McNiff og Whitehead 2009). Fordringen om at noe er sant og riktig er i følge Habermas (1999) både av deskriptiv og normativ karakter. De viktigste trekkene ved en slik normativ argumentasjon er at alle kan bidra med sine erfaringer og delta i en likeverdig diskusjon (Habermas 1999). Fellesskapet i gruppen og opplevelsen av at det man snakker om er nyttig, ble også trukket frem av deltagerne som betydningsfullt i denne studien. I studien valgte vi å anvende Kvalitetsforskriften (1997) som en normativ standard i

analysene underveis. Mens vesentlige sider ved helsepersonells kunnskapsgrunnlag, både teoretiske og praktiske kunnskaper og yrkesetikk er utviklet og formidlet gjennom yrkesrettede utdanninger hjemlet i offentlige rammeplaner, har den enkelte tjenesteutøvers og praksisfellesskapets utvikling av praksisnære kunnskapsformer i pleie- og omsorgstjenestene, vært denne studiens fokus. Praksisnære kunnskapsformer omfatter både handling og pasientnære situasjonsbeskrivelser samt kritikk av etablerte arbeidsformer. I motsetning til tradisjonell erfaringspedagogikk, som er subjektorientert, forstås læring her som situert i en spesifikk praksis hvor samspillet mellom den enkelte tjenesteutøver og kollektivet er i fokus (Lave og Wenger 1991; Säljö 2001). Læring defineres med andre ord relasjonelt som personers forandrede deltagelse i en forandrende sosial praksis (Kvale 2000).

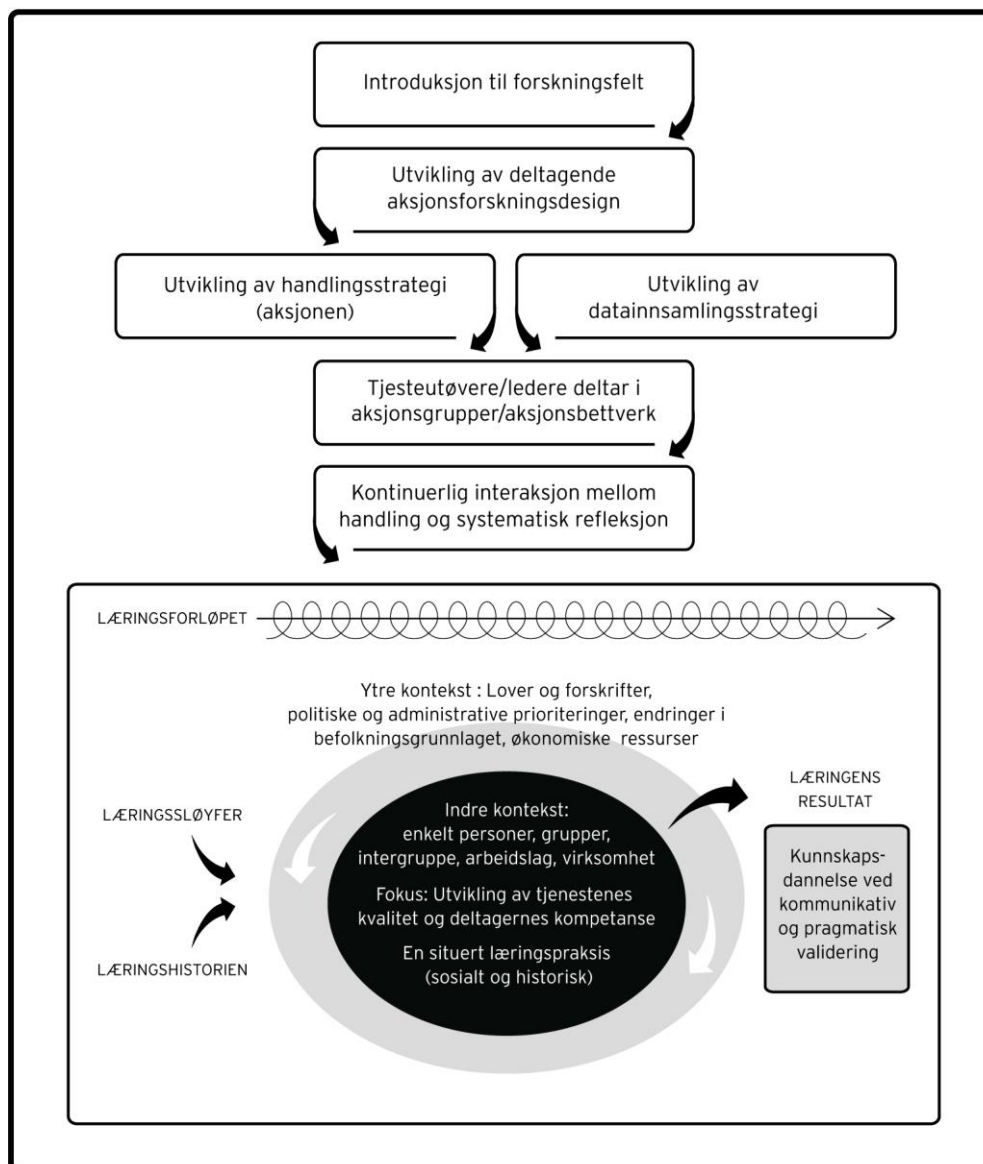
Betydningen av å lære i et autentisk miljø er fremhevet i denne studien. På den annen siden kan vi lære av studien at læring i arbeidssituasjonen innebærer å sette nytt lys på begrensningene og kompleksiteten i pleie- og omsorgstjenestene. Personalet i en av arbeidsgruppene hadde for eksempel kun en time hver 6. lørdag de kunne arbeide i fellesskap innenfor turnusrammen. Systematisk arbeid en time hver 6. uke førte imidlertid til kvalitative endringer i den lokale tjenesteutøvelsen.

Eksempelene i studien peker på betydelige forskjeller i læremuligheter mellom tjenesteutøvere i turnusarbeid og tverrfaglig personale og ledere som har en mer oversiktlig arbeidssituasjon. Forskjellene mellom yrkesgruppenes læremuligheter og at det i kompetanseutvikling i praksis eksisterer et komplekst samspill mellom faktorer som påvirker aktører på ulike nivåer var også et sentralt funn i Rönnqvists studier av samspillet mellom ledelse og yrkesgruppene i pleie- og omsorgstjenestene (Rönnqvist 1992; 2001). Ulikhetene i arbeidsbetingelser og turnusarbeidet i helsetjenestene er en ytterligere kompliserende faktor i læringskonteksten (Richardson 1999; Tunborg 1999; 2001; Nielsen og Kvale 2003).

Fremstillingen av interaksjonene i gruppene og mellom deltagerne i gruppene og organisasjonens ledelse, reflekterer både kunnskapskonstruksjonene og hvordan ulike kommunikative retninger, horisontalt, ovenfra og nedenfra virker inn på deres interaksjoner (Eriksen 1999). Fra et kritisk utgangspunkt var vi også opptatt av å avsløre hvordan arbeidsformer kan henge sammen med økonomiske og materielle samfunnsbetingelser (Habermas 1999). Inspirert av Habermas tenkning om demokratiske dialoger valgte vi å beskrive kjente situasjoner og utfordre praksis ved å søke etter alternative forståelser og innfallsvinkler som kunne "avsløre" rasjonaliteten i praksis.

Kunnskapsgenerering i forskningssamarbeidet og studiens troverdighet

Introduksjonen til forskningsfeltet og utviklingen av et deltagende aksjonsforskningsdesign inkluderte en tosidig prosess der vi først kom frem til en handlingsstrategi for kvalitetsutviklingsarbeidet og samtidig forhandlet om hvordan vi kunne ivareta de formelle kravene i forskningssamarbeidet med systematisk datagenerering og analyser underveis (se fig 14 Forskningsprosessen):



Figur 14: Forskningsprosessen

Forskningsarbeidet kjennetegnes av at tjenesteutøvere og ledere dannet aksjonsgrupper, der de utvekslet erfaringer og ideer gjennom reflekterende dialoger. Vekslingen mellom

læringsaktivitetene i aksjonsgruppene og tjenesteutøvelsen i arbeidslagene, samt systematiske erfaringsoppsummeringer med evaluering fremmet kvalitetsutviklingen i tjenestene.

Arbeidsprosessene og de kritiske dialogene ble i tillegg fremmet av felles lesing av lovtekster og aktuell litteratur.

Reflekterende kunnskapsgenerering

Coghlan og Brannick' forenklede modell av kjerneaktivitetene i aksjonsforskning er tidligere beskrevet i avhandlingen, bestående av diagnostisering, planlegging av handling, gjennomføring av handling og evaluering av handling (Coghlan og Brannick 2001).

Planleggingen representerer i Coghlan og Brannicks' modell et fremtidsrettet perspektiv på handlingen, mens evalueringen har et tilbakeskuende blikk. Diagnostiseringen og handlingen, representerer hver på sin måte det umiddelbare møtet mellom tjenesteutøver og pasient, eller mellom kolleger av tjenesteutøvere. Diagnostiseringen dreier seg om å identifisere aktuelle problemstillinger i hverdagens praksis, og skape grunnlag for tjenesteutvikling og forbedringer av handlinger i praksis. I denne reflekterende kunnskapsgenereringen er yrkesutøverens handlingsrefleksjon sentral. I motsetning til generaliserbar og kontekstuavhengig kunnskap som formidles gjennom tradisjonell undervisning, foregår læringen og samhandlingen gjennom deltagelse i aksjonsgruppene i praksis (se fig 14:Indre kontekst). Kunnskapen er praksisnær og læringen knyttet til konteksten i et gjensidig forhold. Kunnskapsutviklingen er derfor nært knyttet til eksisterende rammefaktorer og regulert av lover og forskrifter for pleie- og omsorgstjenestene (se fig. 14:Ytre kontekst).

I motsetning til en vitenskapelig diskurs som i prinsippet er uendelig, fordrer praktiske kontekster handlinger og avgjørelser som medfører en slags konsensustvang (Kvale 1997). Forpliktelse til handling reiser i pragmatisk validering derfor spørsmålet om *hvem* som skal bestemme retningen i utviklingsarbeidet og hvor makten til å bestemme hvilke tiltak som kan prøves ut er, hva som er det ønskede resultatet av kvalitetsutviklingsarbeidet og hva som er verdt å støtte økonomisk. Dette begrunner at analysene i hovedsak er rettet mot kollektiv kunnskapsdannelse, og ikke primært individualistisk. De demokratiske dialogene i gruppene fungerte samtidig som reflektert læringsarena der tjenesteutøverne presenterte situasjoner fra egen praksis og sammen med kollegene undersøkte problemet med bakgrunn i ulike erfaringer og tverrfaglige kunnskaper. Dette bidrog til en nødvendig avstand til de umiddelbare erfaringene og styrket handlingsrefleksjonen. Pragmatisk validering

representerer følgelig et sterkere kunnskapskrav enn enighet gjennom dialog (Kvale 1997). Det dreier seg om en kontinuerlig interaksjon mellom handling og refleksjon.

Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Datakonstruksjonen og analyseprosessene i aksjonsforskingssamarbeidet kan beskrives som et kontinuum mellom datagenerering preget av beskrivelser, tolkning og planlegging og gjennomføring i handling, samt oppsummering av erfaring og evaluering. Forståelsesformene fokuserer på språklige og interaksjonsmessige aspekter (Dysthe 2001). Validitets spørsmålene knyttes derfor til alle deler av datagenereringen og analysene, som et forskningshåndverk, og vier oppmerksomhet både på kommunikasjon og handling (Kvale 1997). For å unngå ekstreme ytterpunkter av subjektiv relativisme er det lagt vekt på å vise forskningsprosedyrenes samtalemessige og pragmatiske sider så gjennomskiktig som mulig gjennom hele avhandlingen. Analysearbeidet har vært svært omfattende og er beskrevet som en induktiv og abduktiv prosess, som kjennetegnes av at de foreløpige analysene underveis og i ettertid, hele tiden driver den kritiske refleksjon (Kemmis 2007, Bjørndal 2007). At hverdagens praksis i pleie- og omsorgstjenestene har likhetstrekk med denne tenkningen, som Carnevali (1987) beskriver som sykepleieplanlegging, bidrog antagelig til at vi kom frem til meningsfulle oppsummeringer underveis. Dette har styrket datagenereringen og det vi har kalt metalæringsprosessene (milepæler i ettertid), altså at man ser seg systematisk tilbake og oppsummerer i hvert møte og etter hvert halvår.

Studiens troverdighet hviler i stor grad på at det empiriske arbeidet er omfattende og at tiden i forskningsfeltet har vært lang (4 år). Etter første del av prosjektet i felt 1 (termin 1-4), uttrykte både ledere og praktikere ønske om fortsatt forskningssamarbeid. Dette skapte troverdighet i forhold til de arbeidsprosessene vi allerede hadde utviklet sammen. Etter fag- og lederseminarene i distriktet i termin 2 og 4, ytret også lederne i felt 2, ønske om å delta i forskningssamarbeidet. Etter forhandling om rammer og grunnlagsverdier ble de innlemmet i forskningssamarbeidet fra termin 5.

Samarbeidet med ledere og praktikere i to forskningsfelt, har gjort det mulig å utforske og sammenligne prosessene underveis. At fremdriften i de to feltene har vært ulik styrker troen på at forsker har evnet å gå veien sammen med deltagerne. Det er samtidig interessant å oppsummere at lærende praksisfellesskap ser ut til å virke uavhengig av hvilket nivå det etableres på i organisasjonen.

For å redusere forsker styring, var jeg nøye med at alle avtaler ble gjort i samhandling med deltagerne. Med turnusarbeid og lange avbrudd på grunn av ferie- og høytidsperiodene, har forskningssamarbeidet derfor strukket seg i tid. Fordelen har vært at vi på denne måten har innlemmet personell i turnusarbeid som ellers ikke kan delta i utviklingsprosjekter. Det har vært perioder med få deltagere, men uten at man har ønsket å avslutte. Ledere på distrikt/sone/virksomhetsnivå hadde størst initiativ og engasjement i oppstarten av forskningssamarbeidet og en mer passiv holdning i avslutningen. I de tidlige fasene av forskningssamarbeidet var fokus rettet mot en felles bevissthet om kvalitet i tjenesteutøvelsen. Endringer i den kommunale ledelsesstrukturen⁵² samt påfølgende krav om innsparinger, kan trolig forklare ledernes skifte i oppmerksomhet fra kvalitet og tjenesteorientering i oppstarten til en strengere økonomisk diskurs.

Kritikere av aksjonsforskning som kunnskapsgenererende prosess, peker på at planleggingsprosessen forutsetter at handlingstvungen er svekket (Dale 1999). Dale (1999) mener derfor at det er nødvendig å skille mellom den reflekterte praktikers systematiske undersøkelser i den praktiske konteksten og den refleksive forskningen innenfor det vitenskapelige fellesskapet. Foreliggende studie bygger på et motsatt syn der handlingsrefleksjoner i praksisfellesskapet og den refleksive forskningstradisjonen sees som komplementært. Da forskningstilnærmingen kjennetegnes av et gjensidig samarbeid mellom forskeren og deltakerne og med hensikt å forbedre praksis, kan tilnærmingen beskrives som deltagende praktisk aksjonsforskning. For å ivareta kravene i vitenskapelig arbeid er det som tidligere nevnt lagt stor vekt på både å beskrive hvordan datagenereringen har foregått og gitt flere og ulike eksempler på hvordan deltagerne bidro i forskningssamarbeidet i avhandlingen. Det er imidlertid meg som forsker som beskriver kunnskapsutviklingen sett i ettertid og relaterer læringsforløpet og arbeidsprosessene til kvalitetsutviklingsarbeidet i praksis.

Med det generelle kravet om systematisk datagenerering i forskningsarbeidet omfatter dataarkivet ulike typer dokumenter (som beskrevet i kapittel 4.3). Datakonstruksjonen er samtidig en del av læringsaktivitetene i aksjonsgruppene, der notater ble skrevet av en deltager etter hvert gruppemøte og oppsummering av erfaringer og evalueringer ble systematisert med halvårsrapporter. Læringsresultatet og kunnskapsgenereringen ble prøvet i

⁵² Distrikts- og soneleder nivået er omorganisert i prosjektperioden til virksomheter og stillingsstrukturen endret i hele den tidligere pleie- og omsorgsavdelingen.

praksis av deltagerne og i samarbeid med kollegene i arbeidslagene. Kunnskapsgenereringens gyldighet kan med andre ord beskrives både ved kommunikativ samhandling og pragmatisk validering (Kvale 1997).

At kunnskapsgenereringen i studien er kommunikativ og bygger på tjenesteutøvernes handlingsrefleksjoner og utprøving av denne kunnskapen i praksis er en styrke. At deltagere i aksjonsgruppene og i særlig grad arbeidslagslederne i tillegg valgte å anvende den nye helselovgivningen med forskrifter som et viktig grunnlag i kvalitetsutviklingsarbeidet bidro til å legitimere de nye tiltakene, som for eksempel utvikling av dokumentasjonsverktøyet i forskningsfelt 2. Åpenhet om læringsforløpets ulike faser og overveielsene underveis og den systematiske datagenereringen i aksjonsforskningssamarbeidet bidrog til effektiv kunnskapsspredning horisontalt i organisasjonen og positive endringer. Den horisontale kunnskapsspredningen var imidlertid begrenset. I forskningsfelt 1 var kunnskapsspredningen primært i ett arbeidslag, mens forskningsfelt 2 omfattet en geografisk sone med 4 arbeidslag og en spesialenhet. Ettersom utviklingsarbeidet omfatter deltagelse fra personalet og ledere som er en del av en større organisasjon, omfatter resultatene også av deler av virksomhetens læring. I kvalitetsutviklingsarbeidet i virksomheten erfarte vi at arbeidslagslederne hadde en nøkkelrolle som etablerere av en lærende organisasjon. Vi erfarte samtidig at denne læringen fordrer kommunikativ samhandling på tvers av nivåer og engasjement over tid.

Deltagende aksjonsforskning kjennetegnes av at tilnærmingen er situasjonsspesifikk og har ikke som mål å skape universell kunnskap (Coghlan og Brannick 2001). Forskingen preges i stor grad av det uferdige, det nære som ligger i skissene, forslagene, refleksjonene og ideene (Tiller 2004). Avhandlingen preges derfor av en rekke ulike eksempler fra praksis og utsagn fra deltagerne. Beskrivelsene er detaljerte hendelser som fører tilbake til praksis, til målsettingen om kvalitetsutvikling i tjenestene og styrking av personalets kompetanse. Overføringsverdien ligger da i at leseren kan kjenne seg igjen i utviklingsprosessene og de eksemplene som avhandlingen beskriver i hvert fall innenfor et helsefaglig miljø.

Kommunikativ validering

For å undersøke gyldigheten i det empiriske materialet som skapes gjennom dialogene i aksjonsgruppene og i planlagte samtaler med enkelt aktører, er det skrevet referater underveis fra samtale og referatene har blitt kommentert i neste samtale. *Deltagervalideringen* gav

muligheter til å vurdere teksten og gi tilbakemeldinger på ulike oppfatninger av det som ble notert skriftelig. Flere ganger underveis gav deltagerne tilbakemeldinger på at notatene fra aksjonsgruppene hadde god overensstemmelse med diskusjonene. De skriftelige oppsummeringene bidro også til tydeligere ansvarsfordeling, forståelse for spesifikke tiltak og kontinuitet.

Kommunikativ validering har vært anvendt i studien på alle nivåene i analysene. Fra de første samtale med distriktsledelsen med utkast til prosjektskisse og gjennomgang av feltnotatene etter deltagende observasjoner i felt 1 (termin 1), gjennom planlagte samtaler, og halvårsoppsummeringer i alle aksjonsgruppene (termin 2-8) og lokale rapporter etter planleggingsseminarer både i aksjonsgruppene og fag- og lederseminarene for hele distriktet. Gjennom utveksling av erfaringer underveis, ble lederne informert om fremdriften i aksjonsgruppene og vi forhandlet om videre fremdrift. Selv om de skriftelige notatene bar preg av samtalenes kritiske bemerkninger og ulike oppfatninger mellom forsker og ledere, gav lederne uttrykk for at de oppfattet diskusjonene som konstruktive. Notatene bidro også i disse samtalene til å styrke kontinuiteten i samarbeidet.

Kommunikativ validering, slik det er beskrevet i studien, har noen åpenbare styrker og svakheter. Tekstene var alltid preget av den som skrev. Noen deltagere skrev svært korte oppsummeringer, mens forsker la vekt på å trekke inn så mange *stemmer* som mulig. Når deltagerne kommenterte referatene, hadde de få tilføyelser og strykninger. Dette kan tolkes positivt som god overensstemmelse, men det må også taes høyde for at deltagerne kan ha unnlatt å kommentere av respekt for den som skrev notatet. En faglig leder som kom inn i samarbeidet mot slutten av forskningssamarbeidet etter omorganiseringen av virksomhetene, uttrykte skepsis til at forsker kunne få ett for nært innsyn i organisasjonens indre liv. Selv om deltagerne i aksjonsgruppene skrev notater på omgang underveis, har kun forsker det totale datamaterialet fra hele forskningsfeltet. I analyseprosessene påhvilde det derfor forsker et særlig ansvar for å utvikle en kritisk bevissthet i forhold til det totale forskningsmaterialet. Datagenereringen og de fortløpende analysene er gjennomført på tilsvarende måte i alle grupper, som beskrevet i kapittel 4.3 og 4.4.

Gjensidighet i forsker og deltager relasjonene

Som deltagende aksjonsforsker har jeg en sykepleiefaglig og pedagogisk bakgrunn, beskrevet i kapittel 2, som mine briller inn i det lærende arbeidsfellesskapet, i datakonstruksjonene og i tolkningen av praksissituasjonene. Det vedvarende samarbeidet med tjenesteutøverne og

arbeidslagslederne skapte rike muligheter for dialoger i et forskende fellesskap. Det nære samarbeidet gav meg også sterke opplevelser av de daglige gjøremålene og problemstillingene som ble reist. Ved å delta aktivt i feltets utviklingsarbeid gjennom systematisk tilrettelagte dialoger økte også praktikernes muligheter for å artikulere sin praksis og generere kunnskap fra hverdagens praksis og tradisjonelle arbeidsformer. Min utfordring var å arbeide i takt med deltagerne. Å ta hensyn til turnusarbeid⁵³, mange ansatte i deltidsstillinger og lange avbrudd som følge av ferieperioder på sommeren og ved høytidene gjorde at forskningssamarbeidet tok flere år. Ettersom dette er en del av pleie- og omsorgstjenestenes virkelighet, kan på den annen side nettopp innsikt i disse faktorene bidra til økt forståelse for tjenestenes utfordringer i kvalitetsutviklingsarbeid.

Gruppesamtalene var ofte preget av hverdagsbeskrivelser, saklighet og av uskrevne normer som ”å trå varsomt” i forholdet mellom kollegene. I de uformelle ansikt-til-ansikt dialogene etter gruppemøtene kom også sterkere følelsesmessige uttrykk som sinne, gråt eller skuffelse rettet mot manglende ressurser til å virkeliggjøre spesifikke tiltak, mot manglende samarbeid med bestemte personer, mot virksomhetsledelsen eller kommuneledelsen. Noen uttrykte i disse ettersamtalene at uenighet eller sterke emosjonelle uttrykk opplevdes svært ubehagelig og trykkende i gruppen. Andre mente det opplevdes befriende ”å få snakke ut” om negative følelser på en konstruktiv måte. I slike situasjoner var jeg en ”fortrolig samtalepart”, men forsøkte samtidig å bevare funksjonen som den spørrende. Å gi uttrykk for følelser uten skrupler og snakke om hvordan vi føler oss og verden, er kanskje noe av det viktigste vi gjør, i følge filosofen Arne Næss (Næss 1998, s. 58). Næss peker også på behovet for perspektivutvidelse i erkjennelsesteoretisk sammenheng, ettersom følelser tillegges liten plass i debatter og ikke har hatt den samme statusen som kunnskap (Næss 1998). Siden et verdiorientert liv er et følelsesorientert liv, må følelsene komme til uttrykk, mener Næss (1998, s. 69). Han understreker at økt innsikt i egne negative følelser og deres ødeleggende funksjon vil kunne føre til at de negative følelsene erstattes med positive, og at vi opplever oss selv under utvikling som frie mennesker (ibid). Jeg valgte derfor å sette av god tid i feltarbeidet gjennom hele forskningssamarbeidet og var åpen for deltagere som ønsket å dele sine subjektive opplevelser gjennom uformelle samtaler.

⁵³ Turnusen strekker seg vanligvis over 6 uker.

KAPITTEL 12 KONKLUSJONER

Avhandlingen gir grunnlag for å trekke følgende konklusjoner fra forskningssamarbeidet:

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene er knyttet til interaksjonen mellom pasient og tjenesteyter. Kvalitetsutvikling omfatter derfor styrket bevissthet om denne relasjonens betydning. Like viktig er det at tjenesteyter har de nødvendige kunnskaper og ferdigheter som situasjonen krever. Tjenestene kjennetegnes av å være situasjonsspesifikke, og må hele tiden tilpasses pasientens endrede behov og ønsker. Kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg derfor om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger. Kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg også om systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av arbeidsformene og styrke dokumentasjonen. Systematisk kvalitetsutviklingsarbeid kan fremmes gjennom organisering av lærende praksisfellesskap.

Kvalitetsforskriften (1997) som vurderingsnorm i kvalitetsutviklingsarbeidet

Ettersom forskningssamarbeidet foregikk innenfor de kommunale pleie- og omsorgstjenestene valgte vi å anvende Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene etter lov om helsetjenestene i kommunene (Kvalitetsforskriften 1997), som vurderingsnorm for utviklingsarbeidet. Dette har vært en styrke gjennom hele forskningsforløpet. Forskriften gav arbeidet retning og legitimerte kvalitetsutviklingsarbeidet på alle nivåer i organisasjonen. Forskriften gav også grunnlag for kritikk av eksisterende praksis og arbeidsformer.

Lærende praksisfellesskap og individuelle arbeidsmapper

Lærende praksisfellesskap omfatter ulike former av tilrettelagte arbeidsfellesskap i sykehjem og hjemmebaserte tjenester der deltagerne utvikler praksisnær kunnskap og kompetanse gjennom felles mål og handlingsplaner, og er knyttet til hverandre på en slik måte at de er gjensidig avhengige av hverandre. Lærende praksisfellesskap forutsetter deltagelse og en intendert læringsprosess. Funn i studien peker i positiv retning når det gjelder utvikling av personalets kompetanse gjennom organisering av lærende arbeidsfellesskap, men det er samtidig viktig å understreke at lærende praksisfellesskap ikke kan erstatte utdanningsprogrammene for helsearbeidere og systematiske opplæringsprogrammer på de ulike arbeidsstedene. Ett sterkere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenestene bør prioriteres i fremtiden for å ivareta kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.

Lederskap og prosessuell støtte

Kvalitetsutviklingsprosesser kan initieres fra tjenesteutøvere og fra virksomhetens ledelse. Kvalitetsutviklingsarbeidet fordrer prosessuell støtte.

Kritikk av studien

At kvalitetsutviklingsarbeidet som er beskrevet i studien, er gjennomført innenfor lokale ressursrammer i pleie- og omsorgstjenestene er både en styrke og en svakhet i kunnskapsutviklingen. Styrken er at kunnskapsutviklingen har forankring i den praktiske tjenesteutøvelsen og at utviklingen av lærende praksisfellesskap har blitt løpende evaluert gjennom forskningssamarbeidet. Å utvikle kunnskap innenfor en praktisk kontekst innebærer samtidig en svakhet ved at tjenesteutøvelsen kontinuerlig må tilpasses kompleksiteten i pleie- og omsorgstjenestene og eksisterende ressurser. Kunnskapsdannelsen kan dermed være flyktig. Praksisnærhet i kunnskapsutviklingen kan på den annen side trolig bidra til at kvalitetsutviklingsstrategiene med organisering av lærende praksisfellesskap kjennes igjen og følgelig kan bidra til kunnskapsoverføring i lignende organisasjoner.

Flere empiriske studier er nødvendig for å studere nærmere hvordan kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene og personalets kompetanseutvikling kan styrkes.

REFERANSER

- Aadland, E. (1998) *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. 3 utg. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Attree, M. (1996) An analysis of the Concept Quality as It Relates to Contemporary Nursing Care. In: Schmele, J.A. *Quality Management in Nursing and Health Care*, Albany, New York: Delmar Pbl., pp 35-51.
- Bakhtin, M. (1998) *Spørsmålet om talegenrane*. Bergen: Ariadne Forlag. (oversatt fra Estetika slovesnogo tvortsjestvo 1979: 237-280).
- Barra, R. (1983) *Slipp kvalitetsirkelene til*. Oslo: Tanum-Norli.
- Begat, I., Severinsson, E., Berggren, I. (1997) Implementation of clinical supervision in a medical department: The nurses' view of the effects, *Journal of Clinical Nursing*, Vol 6: 389-394.
- Benner, P. (1984) *From novice to expert: excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Benner, P., Tanner, C., Chesla, C. (1996) *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment and Ethics*, New York: Springer Pub.Comp.
- Berg, A.M., Lauvdal, T. (2001) *Kvalitetsarbeid i staten*. AFI rapport 1/2001, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Berg, A.M. (2002) Kvalitetsrørelsen – mellom politik og organisation. I: Bejerot, E., Hasselbladh, H. (red), *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, s. 81-97.
- Berg, A.M., Heen, H., Hovde, S. (2003) *Kvalitetsbyråkratiet – mellom autonomi og kontroll*. AFI rapport nr 11, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet
- Bjorklund, P. (2004) Invisibility, Moral Knowledge and Nursing Work in the Writings of Joan Liaschenko and Patricia Rodney, *Nursing Ethics*, Vol 11 (2), pp 110-121.
- Bjornsdottir, K. (1996) Language, research and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2): 159-166.
- Bjørk, I.T. (1999) *Hands-on-nursing: new graduates practical skill development in the clinical setting*. Avhandling dr. polit, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap, Univeristetet i Oslo.
- Bjørndal, C. (2007) The Action Researcher: and Sherlock Holmes. Similarities in logical Strategies. I: Furu, E.M, Lund, T., Tiller, T. (red). *Action Research. A Nordic Perspective*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Bjørnsrud, H. (2004) *Forskermøte med en fortellende skole: aksjonsforskning og aksjonslæring som strategier for at lærerne ved en skole bedre kan forstå læreplanens idealer om en inkluderende skole*. Doktorgradsavhandling. Pedagogisk forskningsinstitutt, Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Brunborg, H., Texmon, I. (2003) Hvor mange blir vi i 2100?, *Samfunnsspeilet*, nr.3.
- Brunsson, N., Jacobsson, B. (2000) *A World of Standards*. Oxford: Oxford University Press.
- Carnevali, D.I. (1987) *Sykepleieplanlegging*. Oslo: AdNotam Gyldendal.
- CARN Collaborative Action Research network,
<http://www.did.stu.mmu.ac.uk/carn/pubs.shtml> (Nedlastet 06.12.06)
- Carr, W., Kemmis, S. (1986) *Becoming Critical: education, knowledge and action research*. London: Falmer Press.
- Chenoweth, L., Kilstoff, K. (2002) Organizational and structural reform in aged care organizations: empowerment towards a change process. *Journal of Nursing Management*, vol 10, pp 235-244.
- Christensen, K. (1997) *Omsorg og arbeid, En sosiologisk studie af ændringer i den hjemmebaserede omsorg*, Avhandling for dr. polit graden, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen

- Cook, T. (2009) The purpose of mess in action research: building rigour though a messy turn. *Educational Action Research*. Vol 17 (2): 277-291
- Coghlan, D., Brannick, T. (2001) *Doing Action Research in Your Own Organization*, London: Sage Publ.
- Coghlan, D., Brannick, T. (2005) *Doing Action Research in Your Own Organization*, 2nd ed, London: Sage Publ.
- Coghlan, D., Chasey, M (2001) Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital, *Journal of Advanced Nursing*, Vol 35 (1): pp 674-682
- Daatland, S.O. (1995) Omsorgstjenestene: Kan ulike modeller gi likeverdige tilbud?, *Aldring og eldre*, nr 2.
- Dale, E.L. (1999) Utdanning med pedagogisk profesjonalitet. Oslo: adNotam Gyldendal
- Deming, W.E. (1982) *Quality, Productivity and Competitive Position*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of technology.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S (ed) (2000) *Handbook of Qualitative Research*. 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage Pub Inc
- DoH Department of Health (2000) *The NHS Plan*. Department of Health, London, HMSO.
- DoH Department of Health (2001a) *National Minimum Standards for Care Homes for Older People*. Department of Health, London, HMSO
- DoH (2001b) *The National Service Framework for Older People*. Department of Health London, HMSO
- Dolonen, K.A. & Tholens, B. (2009) Etterlyst: 10 000 stillinger. *Sykepleien*. Årg 97, Nr 8, s. 23-25.
- Donabedian, A. (1980) Criteria, norms and standards of quality: What do they mean. *American Journal of Public Health*, 71 (4), pp 409-412
- Donabedian, A. (1996) The Quality of Care: How Can It Be Assessed? In: Schmele, J.A. *Quality Management in Nursing and Health Care*, Albany, New York: Delmar Pbl., pp52-65
- Dysthe, O. (1987) *Ord på nye spor: innføring i prosessorientert skrivepedagogikk*. Oslo: Samlaget.
- Dysthe, O (1996) *Ulike perspektiv på læring og læringsforskning*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Dysthe, O. (red) (2001) *Dialog, samspel og læring*, Oslo: Abstrakt forlag as.
- Dysthe, O., Engelsen, K.S. (2003) *Mapper som pedagogisk redskap*, Oslo, Abstrakt forlag
- Edgren, M.G., Rausch, B. (2001) *Asta og hennes nærmeste: de pårørendes rolle i demensomsorgen*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I. (1998) *VIPS boken*. Stockholm: Vårdförbundet – forskning och utveckling.
- Eikeland, O., Fossetøl, K. (1996) *Kunnskap og handling – aksjonsforskningens metodologiske og vitenskapsteoretiske status*, Rapport fra nordisk konferanse, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Eikeland, O., Berg, AM. (1997) *Medvirkningsbasert organisasjonslæring og utviklingsarbeid i kommunene*. Oslo: Kommuneforlaget
- Ellingson, L.L. (2006) Embodied Knowledge: Writing Researchers' Bodies Into Quality Research. *Quality Health Research*, 16 (2), pp. 298-310
- Ellström, P-E., Hultman, G. (red.) (2004) *Lärande och förändring i organisationer: om pedagogik i arbetslivet*, Lund: Studentlitteratur.
- Elstad, I., Hamran, T. (1995) *Et kvinnefag i moderniseringen: sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: adNotam Gyldendal

- Engedal, K. (2000) *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Eriksen, E.O. (1999) *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen, E.O., Weigård, J. (1999) *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati. Jürgen Habermas' teori om politikk og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksson, K. (1987) *Vårdandets ide*. Stockholm: Almqvist og Wiksell
- Eriksson, K. (2009) *Evidens – det sanna, det sköna, det goda och det eviga*. I: Martinsen, K., Eriksson, K. (2009) *Å se og å innse. Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe AS. Er s. 35-76
- Eriksson, K., Nordman, T. (2004) *Den trojanska hasten II. Rapport 2:2004*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi
- Fagermoen, M.S., Hamilton, G., Svendsen, B., Hjellrup, H. (2002) *Partners in change: Action research in action in clinical practice*. *Vård i Norden*. 3, s 89-91
- Fagforbundet (2009) *Fagforbundet sin godkjenningsordning for klinisk spesialist for vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, bioingeniører, reseptarfarmasøyter, tannteknikere samt øvrige personellgrupper innen helse og sosialområdet med høyskoleutdanning*. Ikrafttredelse 01.05.09
- Flyvbjerg, S. (1994) *Maktkynisme og fornufts-utopisme. Foucault vs. Habermas om planlægning, demokrati og modernitet*, kap 21. I: *Rationalitet og magt, bind II. Et case – basert studie af planlægning, politikk og modernitet*. Aalborg: Akademisk forlag, s. 375-403.
- FOR 1988-11-14 nr 932: Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.
- FOR-1997-02-27-358: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november nr 66 om helsetjenesten i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet (Kvalitetsforskriften 1997)
- FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (Pasientjournalforskriften)
- FOR 2001-06-28 nr 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
- FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (Kvalitetsforskriften 2003)
- FOR-2001-06-08-676: Forskrift om individuell plan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O'Brien, M.A., Wolf, F., Odgaard-Jensen, J., Oxman, A.D. (2009) *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, Art, No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858. CD0030.pub2.
- Foucault, M. (1973) *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. (1982) *Power/knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Redigert av Colin Gordon. New York: Panteon
- Foucault, M. (1994) *Power. Essential works of Foucault 1954-1984. Vol 3*, ed Faubion, J.D., London: Penguin Books.
- Foucault, M. (2000) *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag

- Freire, P. (1999) *De undertryktes pedagogikk*, (Pedagogy of the Oppressed 1970) Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Furu, E.M., Lund, T., Tiller, T. (red) (2007) *Action Research. A Nordic Perspective*, Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Furusten, S. (2002) Från idè till institution. I: Bejerot, E., Hasselblad, H. (red) *Kvalitet utan gränser*, Lund: Academia Adacta, s. 19-39.
- Føllesdal, D., Walløe, L., Elster, J. (1996) *Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H.G. (1975) *Truth and method*. New York: Crossroad
- Giddens, A. (1979) *Central problems in social theory: Action, structure, and contradiction in social analysis*. London: Macmillan.
- Gleditsch, L., Gjelen, M., Larsen, D., Nissen, H.W., Rabbe, D., Rasmussen, I., Reichborn-Kjennerud, I., Strøm, O., Trumpy, H. (1930) *Husmorboken*. Oslo: J.W. Cappelens forlag.
- Gortner, S.R. (2000) Knowledge Development in Nursing: Our Historical Roots and Future Opportunities, *Nursing Outlook*, vol 48, nr 2:60-67
- Granheim, K., Hustad, W. (2000) *Tjeneste kvalitet ved hjelp av indikatorer*. Kommunenes sentralforbund, Forskning, Oslo: Kommuneforlaget
- Greenwood, J. (1994) Action research: a few details, a caution and something new, *Journal of Advanced Nursing*, 20, 13-18.
- Grue, E.V., Sørbye, L.W. (1998) *Helse- og omsorgsbehov hos hjemmeboende vurdert ved RAI-HC: pleie og omsorgstjenesten i St. Hanshaugen - Ullevål bydel*. Forskningsrapport nr 8/98, Diakonhjemmet høgskolesenter, Forskningsavdelingen.
- Gulbrandsen, A., Forslin, J. (red) (1997) *Helhetlig læring. Veier til utvikling hos voksne i utdanning og arbeidsliv*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Gundersen, D. (1992) *Norske synonymer*, Oslo: Kunnskapsforlaget, Aschehoug - Gyldendal.
- Gustavsen, A. (2000) Helhetlig læring – et kroppslig og menneskelig perspektiv. I: Raaheim A., Raaheim, K. (red) *Læring hos voksne*. Bergen: Sigma forlag as, s. 78-95.
- Gustavsen, B. (1990) Strategier for utvikling i arbeidslivet. Oslo: Tano
- Gustavsen, B. (2001) Theory and Practice: the Mediating Discourse. I: Reason, P., Bradbury, H. ed. *Handbook of Action Research*. London: Sage Publ., s.17-26.
- Gustavsen, B., Sørensen, A. (1982) Aksjonsforskning. I: Holter, H., Kalleberg, R. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget, s.148-166.
- Habermas, J. (1999a) *Kommunikativ handling, moral og rett* (Theorie des kommunikativen handelns), Oslo: Tano Aschehoug.
- Habermas, J. (1999b) *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: ad Notam Gyldendal
- Halland, G.O. (2000) Læring – møtet mellom teori og praksiserfaringer i opplæring for voksne. I: Raaheim, A., Raaheim, K. (red) (2000) *Læring hos voksne*, Bergen: Sigma forlag.
- Hallberg, I.R. (1995) *Klinisk omvårdnadshandledning*. Stockholm: Liber Utbildning
- Hammersley, M., Atkinson, P. (1996) *Principles in Practice* 2.ed, London: Routledge.
- Hamran, T. (1987) *Den tause kunnskapen*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hamran, T. (1992) *Pleiekulturen – en utfordring til den teknologiske tenkemåten*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hansen, S., Olsen, L.C., Schou, L. (2003) *Værdier på arbejde*. København: Frydendal
- Harding, S.G., Hintikka, M.B. (ed) (1983) *Discovering reality: feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology and philosophy of science*. Dordrecht: D.Reidel

- Hargreaves, A. (2003) *Læring og undervisning i kunnskapssamfunnet. Utdanning i en utrygg tid*. Oslo: Abstrakt forlag
- Hart, E. (1996) "Action research as a professionalizing strategy: issues and dilemmas", *Journal of Advanced Nursing*, 23, 454-461.
- Hart, E., Bond, M. (1996) Making sense of action research through the use of a typology. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 23 (1): 152-9
- Hasle, P., Hvid, H., Kristensen, T.S., Limborg, H.J., Møller, N., Pejtersen, J., Hvenegaard, H. (2008) *Virksomheders indsats for et bedre psykisk arbejdsmiljø*. Rapport fra forskningsprosjektet VIPS. NAF-rapport. Det Nationale Forskningscenter for Arbeidsmiljø, København
- Haugen, P-H. (1992) Kvalitet og kvalitetssikring – mellom metermål og magi. *Tidsskrift Nor Lægeforening*, nr 30, 112:3831-3833.
- Haugen, P.K., Krüger, R.E. (1999) *Din tanke er din skjebne: Sol Seim og hennes forskning*, Oslo, Akribe.
- Heap, K. (2002) *Samtalen i eldreomsorgen: kommunikasjon, minner, kriser, sorg*. Oslo: Kommuneforlaget
- Heggdal, K (1999) *Sykepleiedokumentasjon*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellesnes, J. (1975) *Sosialisering og teknokrati*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet [HOD] (2009) *Endringer i kommunehelsetjenesteloven – et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg: Verdighetsgarantien*.
- Helsinki-deklarasjonen, Ethiske retningslinjer for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Vedtatt av World Medical Ass. I 1964, sist rev. 2000.
<http://www.etikkom.no/retningslinjer/helsinkideklarasjonen> (nedlastet 2006)
- Henderson, V. (1960) *ICN Sykepleien grunnprinsipper*, Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Hiim, H., Hippe, E. (1998) *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hoel, T. Løkensgard (1999) Læring som kulturell og sosial praksis, *Norsk pedagogisk tidsskrift*, nr 6, s. 343-354
- Hofseth, C., Norvoll, R. (2003) *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer*. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien, SINTEF- rapport STF78 A033501, Oslo: Unimed Helsetjenesteforskning
- Holter, I.M. (1993a) *Critical Action Research and the Changing Role of Nurse Executives: A Case Study*. Doctoral dissertation of philosophy, University of Rhode Island, USA.
- Holter, I.M. (1993b) Aksjonsforskning: En praksisnær forskning. I: Kirkevold, M, Nortvedt, F., Alvsvåg, H., (red), *Klokskap og kyndighet*, ad Notam Gyldendal, s. 171 –178.
- Holter, I.M., Schwartz-Barcott, D. (1993) Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, Vol 18: 298-304.
- Holter, I.M., Kim, H.S. (1995) Methodology for Critical Theory. I: Omery, A., Kasper, C.E, Page, G.G. (ed) *In Search of Science. Nursing 's Pursuit of its Scientific Identity*, Thousand Oaks: Sage Publ.: 220-232.
- Houser, EP (2005) *Nursing staffing levels and patient outcomes*. Doctoral Dissertation, The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland.
- Hulter – Åsberg, K. (1990) *ADL – trappan*, Lund: Studentlitteratur
- Hummelvoll, J.K. (red) (2003) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget

- Hyrkäs, K., Paunonen-Ilmonen, M. (2001) The effects of clinical supervision on the quality of care: Examining the results of team supervision”, *Journal of Advanced Nursing*, Vol 33 (4): 492-502.
- Høgskolen i Buskerud [HiBu](1996) *Strategisk plan for høgskolen 1996-2000*, Høgskolen i Buskerud
- IPLOS Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk i KOSTRA (2001), Gerix Bulletin 1/2001
- Jacobsen, D.I., Thorsvik, J. (1997) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen:Fagbokforlaget
- Jacox, A., Suppe, F., Campbell, J., Stashinko, E. (1999) Diversity in Philosophical Approaches. In: Hinshaw, AS, Feetham, SL, Shaver, JL (ed), *Handbook of Nursing Research*, Thousands Oaks, California: Sage pub.
- Jensen, K. (1993) Den framtidige profesjonsutdanningen. Perspektiver på kunnskap og læring. I: Kirkevold,M., Nortvedt,F., Alsvåg,H. (red) *Klokskap og kyndighet*. Oslo: adNotam Gyldendal, s. 32-43.
- Jensen, K. (1999) Mellom tradisjon og fornyelse. I: Nielsen, K., Kvale, S. (red) *Mesterlære. Læring som sosial praksis*, Oslo: AdNotam Gyldendal, s. 5-11.
- Kalleberg, R. (1992) *Konstruktiv samfunnsvitenskap: en fagteoretisk plassering av "aksjonsforskning"*. Rapport nr 24, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (1998) *Psykologi i organisasjon og ledelse 2.utg*, Oslo: Fagbokforlaget.
- Kayser-Jones, J: (2003) Continuing to Conduct Research in Nursing Homes Despite Controversial Findings: Reflections by a Research Scientist, *Qualitative Health Research*, Vol 13 (1):114-128.
- Kemmis, S. (2001) Exploring the Relevance of Critical Theory for Action Research: Emancipatory Action Research in the Footsteps of Jürgen Habermas. In: Reason, P., Bradbury, H. ed. *Handbook of Action Research*. London: Sage Publications, pp. 94- 05.
- Kemmis, S. (2007) Forward. In: Furu, E.M., Lund, T., Tiller,T. (red) (2007) *Action Research. A Nordic Perspective*, Kristiansand: Høyskoleforlaget, p. 11-17
- Kemmis, S., McTaggart, R. (2000) Participatory action research. In: Denzin, N.K., Lincoln, Y.S (ed), *Handbook of Qualitative Research 2nd ed.*, Thousands Oaks, California: Sage Publications, p. 567-605
- Kim, S.H. (1999) Critical reflective inquire for knowledge development in nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1205-1212.
- Kim, S.H., Holter, IM (1995) “Critical Theory for Science of Nursing Practice”, Chap 15. In: Omrey,A., Kasper,CE, Page,GG *In Search of Nursing Science*, California, Sage Pub.
- Kirkevold, M. (1996) *Vitenskap for praksis?* Oslo, adNotam Gyldendal.
- Kjønstad, A, Syse, A. (2005) *Velferdsrett I, 3 utg*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knowles, M.S. (1980) *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Chicago: Association Press
- Kommunenes sentralforbund [KS] (2007) *Sammenstilling av kartleggingen - institusjon – 2006* <http://www.bedreomsorg.no/bedrekommune/bedreomsorg.jsp>
- Kommunenes sentralforbund [KS] (2007) Utvalgte KOSTRA-indikatorer / *kommune, tall per 14.06.07. <http://indikator.more.no/bedrekommune/ploindikator.jsp?>
- Kommunenes Sentralforbund [KS] (2008) *Tariffoppgjøret 2008 – med kompetanse i fokus*. B-rundskriv nr 15/2008 til kommunen, fylkeskommunen, virksomheten. Saksnr 08/02083-1.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju* (Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing), Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

- Kvale, S. (2003) Forord til den danske utgave av Lave og Wengers bok *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. I: Lave, J., Wenger, E. *Situert læring - og andre tekster*, København: Hans Reitzels Forlag A/S, s.7-12.
- Landrø, M.I., Wangensteen, B. (1986) *Bokmålsordboka. Definisjons- og rettskrivningsordbok*, Bergen: Universitetsforlaget AS.
- Larson, JS., Muller, A. (2002) Managing the Quality of Health Care. *Journal of Health and Human Services Administration*. 25 (3 / 4), pp. 261-280.
- Lave, J. (2003) Læring, mesterlære, sosial praksis. I: Lave, J., Wenger, E. *Situert læring - og andre tekster*, København, Hans Reitzels Forlag A/S, s.107-127.
- Lave, J., Wenger, E. (1991) *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*, University of Cambridge: Cambridge University Press.
- Lewin, K. (1973) *Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics*, London: Souvenir Press.
- Liaschenko, J. (1997) Ethics and the geography of the nurse-patient relationship: spatial vulnerabilities and gendered space. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, vol 11 (1), pp 45-59.
- Liaschenko, J. (2002) Thoughts on Nursing Work, *Journal of Nursing Administration JONA*, vol 32 (2), pp 69-70.
- Lindberg-Sand, Å. (1996) *Spindelen i klisteret. Den kliniska praktikens betydelse för utveckling av yrkeskompetans som sjuksköterska*, Doktorgradsavhandling, Lunds universitet.
- Lindeman, M.A., Black, K., Smith, R, A., Goug,J., Bryce, A., Gilenan, B., Hill, K., Stewart, A. (2003) Changing Practice in Residential Aged Care Using Participatory Methods. *Education for Health*. Vol 16, no 1, pp 22-31.
- Loeng, S. (2004) *Andragogikk. En historisk og faglig gjennomgang*. Stjørdal: Læringsforlaget.
- Loeng, S., Torgersen, G-E., Melbye, P.E., Lodgaard, E. (2001) *Voksenpedagogikk i kompetansesamfunnet*. Stjørdal: Læringsforlaget DA.
- LOV 1982-11-19 nr 66: *Lov om helsetjenesten i kommunene* (Kommunehelsetjenesteloven)
- LOV 1991-12-13 nr 81: *Lov om sosiale tjenester* (Sosialtjenesteloven).
- LOV 1999-07-02 nr 62: *lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (Psykisk helsevernloven)
- LOV 1999-07-02 nr 63: *Lov om pasientrettigheter* (Pasientrettighetsloven)
- LOV 1999-07-02 nr 64: *Lov om helsepersonell m.v.* (Helsepersonelloven)
- Lund, T. (2007) Action Research and School Development in Expanded Learning Environments. I: Furu, E.M., Lund, T., Tiller, T. (red). *Action Research: A Nordic Perspective*. Kristiansand: Høyskoleforlaget., s. 69- 93.
- Lundestøl, J. (1999) *Kunnskapens hemmeligheter*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Løchen, Y. (1976) *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Mansouri, M., Lockyer, J. (2007) A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 27: 6-15.
- Marinopoulos, S.S., Dorman, T., Ratanawongsa, N., Wilson, L.M., Ashar, B.H., Magaziner, J.L (2007) Effectiveness of continuing medical education. *Evidence Report/Technology Assessment (Full Report)*. 149: 1-69.
- Martinsen, K. (1990a) Moralsk praksis og dokumentasjon i praktisk sykepleie. I: Jensen, T.K., Jensen, L.U., Kim, W.C.(red) *Sykepleiens grunnlagsproblemer. Etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s.60-84.

- Martinsen, K. (1990b) Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Jensen, K., Engelsrud, G. *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. (2009) Evidens – begrensende eller opplysende. I: Martinsen, K og Eriksson, K. *Å se og å innse. Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe, s. 81-162.
- Martinsen, K og Eriksson, K. (2009) *Å se og å innse. Om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- McNiff, J., Lomax, P., Whitehead, J. (1996) *You and your action research project*, London, Routledge/Hyde publ.
- McNiff, J. (2002) *Action research for professional development 3ed*, University of Limerick, UK <http://www.jeanmcniff.com/booklet1.html>
- McNiff, J. & Whitehead, J. (2009) *Doing and Writing Action Research*. London: Sage Publ.
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. (2005) *Evidence-based practice in Nursing & Healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moen, A, Hellesøe, R, Quivey, M., Berge, A. (2002) *Dokumentasjon og informasjonshåndtering. Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Oslo: Akribe Forlag
- Moxnes, Paul (2000) *Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*, ny utg. Oslo: Forlaget Paul Moxnes.
- Munn-Giddings, C., McVicar, A., Smith, L. (2006) Action research in academia and practice: In step or out of tune? Paper nr 34, The Collaborative Action Research Network Conference “Extending Professionalism, Improving Practice: Exploring the Impact of Action Research, The University of Nottingham 10-12 nov 2006.
- NFR Norges Forskningsråd (2001) *Kunnskapsutvikling i profesjonsutdanning og profesjonsutøvelse (KUPP)*, Programplan, Oslo: Norges forskningsråd, Området for kultur og samfunn.
- NHS Centre for reviews and dissemination (1999) Getting evidence into practice. Effective Health Care. The University of York, *The Royal Society of Medicine Press Ltd*. Vol 5 (1), pp 11-15.
- Nielsen, K., Kvale, S. (red) (1999) *Mesterlære. Læring som sosial praksis*, Oslo: AdNotam Gyldendal.
- Nielsen, K., Kvale, S (red) (2003) *Praktikkens Læringslandskab. At lære gjennom arbeide*, København: Akademisk forlag.
- Nightingale, F (1984) *Håndbok i sykepleie. Hva det er og hva det ikke er*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norberg, A., Axelsson, K., Hallberg, I.R., Lundman, B., Athlin, E., Ekman, S-L., Engström, B., Jansson, L., Kihlgren, M. (1992) *Omvårdnadens mosaikk*, Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Nordqvist, S. (2002) *Team-based organizations working conditions and methods in project teams and self-managing groups*, Akademisk avhandling til fil.dr ved samf.vit.fakultet, Department of Psychology, Stockholm University
- Norsk standard (2000) Systemer for kvalitetsstyring: grunntrekk og terminologi (ISO 9000:2000), Oslo: Norges Standardiseringsforbund.
- Norsk Sykepleierforbund [NSF] (1991) Kvalitet i helsetjenesten KiH, Oslo: NSF
- Norsk Sykepleierforbund [NSF] (1996) *Pasienter på sykehjem – en kartlegging*, Oslo: NSF
- Norsk Sykepleierforbund [NSF] (2001a) *Klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie. Godkjenningsordning*, revidert januar 2001, Fagpolitisk avdeling, Oslo: NSF
- Norsk Sykepleierforbund [NSF] (2001b) *Kvalitetsutvikling og omorganisering, Utfordringer i den kommunale pleie- rehabilitering og omsorgstjenesten*, delhefte 1. Oslo: NSF

- Norsk Sykepleierforbund [NSF] (2007) *Klinisk spesialist i sykepleie eller spesialsykepleie basert på praksisnær etter- og videreutdanning*. Vedtatt mai 2004. Oslo: NSF
- Norsk Sykepleierforbund [NSF] (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF
- Nortvedt, P. (2001) Profesjonell omsorg – dyd eller ferdighet? I: Ruyter, K.W., Vetlesen, A.J. (red), *Omsorgens tvetydighet*, Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 41- 65.
- NOU 1992:1 *Trygghet – Verdighet – omsorg*. Oslo: Sosialdepartementet (Gjærvoll utvalget)
- Næss, A. (1998) *Livsfilosofi. En personlig beretning om følelser og fornuft*. Oslo: Universitetsforlaget
- Næss, S, Wærness, K. (1995) *Fra pasient til bruker. Utviklingen fra tradisjonell kommunal eldreomsorg til rehabiliteringsorienterte hjemmetjenester i Hurum kommune*. SEFOS Notat 115April, Oslo: Senter for samfunnsforskning
- Næss, S. (2003) *I tøffeste laget? Dokumentasjonsrapport om arbeidssituasjonen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten*, Rapport 9/2003, Rokkansenteret: Universitetet i Bergen
- Næss, S. (2005) *Omsorgens vilkår i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene*, Avhandling dr. polit, Rapport 3/2005 Rokkansenteret, Universitetsforskning Bergen.
- Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og i helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Pahuus, M. (2002) Behov. I: Lyngaa, J.(red) *Sygeplejefag- refleksion og handling*. København: Munksgaard, s. 119-140.
- Parsons, P.L (2004) *Evaluation of the relationships among structure, process, and outcome in the changing nursing home environment*. Doctoral Dissertation, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia
- Pedersen, B., Jensen, T.Ø. (1995) *Vi skal ikke vente noe ekstra heller, når vi er så gamle: brukererfaringer fra bergenske sykehjem*. Notat SEFOS nr 110, Bergen:SEFOS
- Perry, M., Carpenter, I., Challis, D., Hope, K. (2003) Understanding the roles of registered general nurses and care assistants in UK nursing homes, *Journal of Advanced Nursing*, Vol 42 (5): 497-505.
- Pettersen, M. (1999) *Lærebok i omsorgsfag VK1*. Oslo: Fag og kultur.
- Polanyi, M. (1962) *Personal knowledge: towards a post – critical philosophy*, Chicago: The University of Chicago.
- Polanyi, M. (2000) *Den tause dimensjon: en innføring i taus kunnskap*, Oslo, Spartacus.
- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1991) *Nursing Research Principles and Methods* 4th ed, Philadelphia, Pennsylvania: J.B.Lippincott Comp.
- Popejoy,LL., Rantz, MJ., Conn, V., Wipke-Tevis, D., Grando, VT, Porter, R (2000) Improving quality of care in nursing facilities: gerontological clinical nurse specialist as research nurse consultant., *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (4): 6-13.
- Raaheim, A., Raaheim, K. (red) (2000) *Læring hos voksne*, Bergen: Sigma forlag as
- Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning (2000) Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 7. januar 2000.
- Rammeplan for sykepleierutdanning (2004) Utdannings- og forskningsdepartementet [UFdep], 1.juli 2004
- Rantz, MJ, Mehr, D., Popejoy, L *et al* (1998) Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model. *J Nurs Care Qual.* 12 (3):30-46
- Rantz, MJ., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L. *et al* (1999) Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual.*14(1):16-37

- Rantz, MJ., Zwygart-Stauffacher, M., Flesner, M. (2005) Advances in Measuring Quality of Care in Nursing Homes. A New Tool for Providers, Consumers, Regulators, and Researchers. *J Nurs Care Qual.* Vol 20, no 4, pp 293-296.
- Reason, P., Bradbury, H.(ed) (2001) *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*, London: Sage Publ.
- Reason, P., Bradbury, H. (2006) *Handbook of Action Research. Concise Paperback Edition*. London: Sage publ.
- Reed, J. (2005) Using action research in nursing practice with older people: democratizing knowledge. *Journal of Clinical Nursing.* Vol 14, pp 594-600.
- Reed, J., Klein, B., Cook, G., Stanley, D. (2003) Quality improvement in German and UK care homes. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 16(4/5): 248-256.
- Reiley, PJ. (1999) *Predicting important patient outcomes in the hospitalized elderly: how important is functional status?* Doctoral dissertation, Brandeis University, The Florence Heller Graduate School for Advanced Studies in Social Welfare, Waltham, MA.
- Richardson, B. (1999) Professional Development. 2. Professional Knowledge and Situated Learning in the Workplace, *Physiotherapy*, Vol 85 (9): 467-474.
- Riksrevisjonen (2009) *Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre*. Riksrevisjonens administrative rapport nr 1, 2009.
- Rolf, B. (1991) *Profession, tradition och tyst kunskap*, Lund: Bokförlaget Nya Doxa
- Rolfe, G. (1996) Going to extremes: action research, grounded practice and the theory-practice gap in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, Vol 24: 1315-1320.
- Rugås, L. (1997) *God middag* Rapport fra et kvalitetsforbedrende prosjekt innen hjemmebaserte tjenester i Asker kommune. Rapport nr. 07/97, Drammen: Høgskolen i Buskerud
- Rugås, L.(1998) *Mer enn mat* En feltstudie og analyse av hjemmesykepleieres kliniske ernæringskyndighet. Pub. nr 03/98, Hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo
- Rönneqvist, D. (2001) *Kompetensutveikling i praktiken – ett samspill mellom ledning, yrkesgrupper och omvärld*, Fil. dr. avhandling no 81, Linköpings universitet, Institutionen för pedagogik och psykologi, Filosofiske fakulteten.
- Rønning, R. (2004) *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Salo, P. (2004) Metaforen som livboj – aksjonsforskaren i den mikropolitiska skolorganisationen. I: Tiller, T. (red) *Aksjonsforskning*. Kristiansand: Høyskoleforlaget, s.79-97.
- Sandaker, I. (1997) *Bedriften som læringsarena. Organisasjonslæring i et komplementært perspektiv*. Avhandling til dr.phil graden, Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.
- Sanders, J., Munford, R (2008) Building action focused research in social organizations. *Educational Action research*, vol 16 (1), pp 19-30.
- Säljö, Roger (2001) *Læring i praksis*, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Schmele, J.A.(1996) *Quality Management in Nursing and Health Care*, Albany, NewYork: Delmar Pbl.
- Schnack, K. (1993) Handlekompetence og politisk dannelse. I: Bruun Jensen, B., Schnack, K. (red), *Handlekompetence som didaktisk begrep*, Danmarks Lærerhøjskole, København, s.5-15.

- Schön, D. (1983) *The Reflective Practitioner*, New York: Basic Books.
- Schön, D.A. (1987) *Educating the reflective Practitioner*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Sellevoid, G.S., Kårikstad, V. (2000) *Undervisningssykehjemprosjektet*. Info 1/2000. Oslo
- Severinsson, E.I. (1995) *Clinical Nursing Supervision in Health Care*. Dr. thesis, The Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden
- Sivertsen, H., Wig, B.B. (2000) *TQM – Lederskapsteknologien. Lærebok i kvalitetsutvikling*, Skien, Vett&Viten
- Skaug, L (2001) *Asta og hennes rettigheter*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Skjervheim, H. (1976) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Tanum-Norli
- Skjetne, I., Mortensen, G.L. (1996) *Hygiene og arbeidsmiljø: hjelpepleier VKI og VKII*, Oslo: Gyldendal
- Skodvin, Arne (2001) Innledning. I: Vygotskij, L. *Tenkning og tale*, (red) A. Kozulin. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 7-21.
- Slagsvold, B. (1995) *Mål eller mening: Å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Rapport nr 1, Oslo: Norsk Gerontologisk Institutt
- Sletvold, O., Solbu, H., Hofstad, T. (1999) *Kvalitet i sykehjem*, Nasjonalt geriatriprogram 1994- 99, Rapport nr 2/99.
- Sorell, J.M., Redmond, G.M. (1995) Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 21, pp.1117-1122.
- Sosial og helsedepartementet. [SHD] (1996) *Mer Helse for Hver BIT. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. Handlingsplan 1997- 2000*.
- Sosial og helsedepartementet [SHD] (2001) *Rett person på rett plass. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell*, Rapport nr 2, Resultater 1998-2000 og planer 2001-2004.
- Sosial- og helsedepartementet [SHD] og Statens helsetilsyn (1995) *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*, IK-2482. Oslo: Statens helsetilsyn
- Sosial- og helsedepartementet [SHD] og Statens helsetilsyn (1996) *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport og evaluering for 1995*. IK-2535. Oslo: Statens helsetilsyn
- Sosial- og helsedepartementet [SHD] (1997) *Rundskriv om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*, Skriv nr. I-13/97.
- Sosial- og helsedirektoratet [SHdir] (2005) *"..og bedre skal det bli" Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015*. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet [SHdir] (2006) *Rekruttering for bedre kvalitet*. Rapport nr 3. IS-1411. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Spradley, J.P. (1980) *Participant Observation*, Orlando Florida, Holt, Reinhart and Winston Inc.
- Stark, S. (2006) Using action learning for professional development. *Educational Action Research, Vol 14, no 1: 23-43*.
- Statens ernæringsråd (1995) *Retningslinjer for kostholdet i helseinstitusjoner*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Statens helsetilsyn (1994a) *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Veiledningsserie 3-94, IK 2582. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (1994b) *Pasientjournalen. Innhold, gruppering og arkivering av pasientdokumentasjon i somatiske sykehus*. Utredningsserie nr 3, Oslo.
- Statens helsetilsyn (1997a) *30 spørsmål og 30 svar om tilsyn, internkontroll og kvalitetsutvikling*, IK 2586. Oslo: Statens helsetilsyn.

- Statens helsetilsyn (1997b) *Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten*, Veiledningsserie 3-97, IK-2582. Oslo: Statens helsetilsyn
- Statens helsetilsyn (1998a) *Kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten 1997 – 2001*, IK-2658. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (1998b) *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder*, Utredningsserie 2-98, IK-2615, Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (1998c) *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som medarbeider*, Utredningsserie 3-98, IK-2616, Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn (2002) *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport til helsedepartementet*, Rapport fra Helsetilsynet nr 5/2002.
- Statens helsetilsyn (2003a) *Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998-2003*, Rapport fra Helsetilsynet nr 9/2003.
- Statens helsetilsyn (2003b) *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*, Rapport fra Helsetilsynet nr 10/2003.
- Statistisk sentralbyrå [SSB] (2006) *Tabell 03026 Folkemengde, etter kjønn og alder*. Emne 02 Befolkning.(nedlastet <http://www.ssb.no/emner/02>)
- Statistisk sentralbyrå [SSB] (2009) *Kommunal pleie- og omsorgsstatistikk Tabell 2 Bebuarar i institusjonar for eldre og funksjonshemma, etter alder 1992-2008*. nedlastet: <http://www.ssb.no/pleie/tab-2009-07-02-02.html>
- Tabell 4 Mottakarar av heimetenester, etter alder 1992-2008. nedlastet: <http://www.ssb.no/pleie/tab-2009-07-02-04.html>
- Tabell 9 Årsverk og fråvere innanfor pleie- og omsorgstenestene 1994-2008 nedlastet: <http://www.ssb.no/pleie/tab-2009-07-02-09.html>
- Stenhouse, L. (1985) A View of Curriculum Research, the Teacher and the Art of Teaching: Curriculum Research and the Professional Development of Teachers. In: Rudduck, J, Hopkins,D. (Eds) *Research as a Basis for Teaching: Readings from the Work of Lawrence Stenhouse*. London: Heinemann Educational Books: pp92-95.
- Stensaasen, S., Sletta, O. (1995) *Gruppeprosesser Læring og samarbeid i grupper*, 3utg. Oslo, Universitetsforlaget
- Stortingsmelding nr. 37 (1992-93) *Utfordringer for helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid (Ernæringspolitikken mot år 2000)*
- Stortingsmelding nr 35 (1994-1995) *Velferd mot 2030 (Velferdsmeldingen)*.
- Stortingsmeling nr 50 (1996-1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet -respekt -kvalitet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Stortingsmelding nr 26 (1999-2000) *Om verdiar for den norske helsetenesta*. Oslo: Sosial-og helsedepartementet
- Stortingsmelding nr 28 (1999-2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr 34 (1999-2000) *Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Stortingsmelding nr 31 (2001-2002) *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen. Fra hus til hender*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Stortingsmelding nr 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*, Sosialdepartementet
- Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening, Framtidas omsorgsutfordringer*. (Omsorgsplan 2015) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet .
- Strand, T. (2001) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Street, A. (1995) *Nursing replay Researching Nursing Culture Together*. Melbourne, Australia: Churchill Livingstone
- Sørensen, O.H., Mac, A., Limborg, H.J., Pedersen, M. (2008) *Arbejdets kerne. Om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis*. København: Frydenlund
- Sørland, T.O., Vaage, S. (1989) Eldrebølgen og helsevesenet. En faglig og etisk utfordring, *Inter Medicos*, Årg 32 (3/4): 5-9.
- Tasso, K., Behar-Horenstein, L., Aumiller, A., Gamble, K., Grimaudo, N., Guin, P., Mandell, T., Ramey, B. (2002) Assessing patient satisfaction and quality of care through observation and interview. *Hospital Topics*, 80 (3): 4.10.
- Tee, S.R., Lathlean, J.A. (2004) The ethics of conducting a co-operative inquiry with vulnerable people. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 47 (5), pp 536-543.
- Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.3 utg.* Bergen: Fagbokforlaget
- Thorsen, K. (1998) *Kjønn, livsløp og alderdom*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thorsen, K., Wærness, K. (red) (1999) *Bli omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdssaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Thorsen, K., Dahle, R. & Vabø, M. (2001) *Makt og avmakt i helse- og omsorgstjenestene*. Rapport 18/01, Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo, NOVA
- Titchen, A., Manley, K. (2006) Spiralling towards transformational action research. *Educational Action Research* vol 14, no 3, pp 333-356.
- Tiller, T. (1999) *Aksjonslæring. Forskende partnerskap i skolen*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Tiller, T. (red) (2004) *Aksjonsforskning i skole og utdanning*, Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Thunborg, C. (1999) *Lärande av yrkesidentiteter. En studie av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*, Fil. dr. avhandling no 64, Institutionen för pedagogik och psykologi, Filosofiske fakulten, Linköpings universitet.
- Thunborg, C. (2001) *Lärdilemman inom hälso- och sjukvården*, I: Backlund, T., Hansson, H., Thunborg, C. (red) *Lärdilemman i arbetslivet*, Lund, Sweden, Studentlitteratur
- Toverud, R., Thorsen, K., Gulbrandsen, L.M., Andenæs, A., Hjort, H., Jensen, T.K., Ulvik, O.S. (2002) Kulturpsykologi – utgangspunkt, mål og framkomstmidler. I: Thorsen, K., Toverud, R. (red) *Kulturpsykologi*, Oslo: Universitetsforlaget, s. 17-33.
- Tutton, E.M.M. (2005) Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 50 (2), pp 143-152.
- Tveiten, S. (1998) *Veiledning – mer enn ord ...* Bergen: Fagbokforlaget
- Vaage, S. (red) (2000) *Utdanning til demokrati. Barnet, skolen og den nye pedagogikk. John Dewey i utvalg*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Vabø, M. (1998) *Hva er nok? Om behovsfortolkninger i hjemmetjenesten*, NOVA rapport 8/98, Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Vabø, M. (2002a) Kvalitetsretorikk i norske kommuner. I: Bejerot, E., Hasselbladh, H. (red) *Kvalitet utan gränser. En kritisk belysning av kvalitetsstyrning*, Lund: Academica Adacta, s.147-170
- Vabø, M. (2002b) *Kvalitetsstyrning og kvalitetsstrev. Nye styringsambisjoner i hjemmetjenesten*, NOVA rapport 18/2002, Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Vabø, M. (2007) *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Avhandling for dr.philos.graden, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, NOVA rapport 22/2007, Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Van Driel, ML., De Sutter, AI, Christiaens, TCM, De Maeseneer, JM. (2005) Quality of care: the need for medical, contextual and policy evidence in primary care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 11 (5):417-29.
- van Haften, W., Korthals, M., Wren, T. (1997) *Philosophy of Development*, Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Vatne, S. (1998) *Pasienten først? Om brukermedvirkning i et omsorgsperspektiv*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Vatne, S. (2004) *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Avhandling for dr.polit graden, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo
- Vetlesen, A.J. (2001a) Omsorg – mellom avhengighet og autonomi I: Ruyter, K.W., Vetlesen, A.J. (red), *Omsorgens tvetydighet*, Oslo: Gyldendal Akademisk, s.27- 40
- Vetlesen, A.J. (2001b) Dydenes gjenkomst og omsorgens grunnlag I: Ruyter, K.W., Vetlesen, A.J. (red), *Omsorgens tvetydighet*, Oslo: Gyldendal Akademisk, s.282-322.
- Vetlesen, A.J., Nortvedt, P. (1994) *Følelser og moral*, Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. (2002) *Maktens samvittighet Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Vygotsky, L.S. (1978) *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Vygotskij, L. (2001) *Tenkning og tale* (red) A. Kozulin. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert forskning*, Flekkefjord: SEKK.
- Wadel, C., Wadel, C.C. (2007) *Den samfunnsvitenskapelige konstruksjon av virkeligheten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Wagner, C., van Merode, GG, van Oort, M. (2003) Costs of quality management systems in long-term care organizations: an exploration. *Quality Management in HealthCare*, 12 (2): 106-114.
- Waterman, H., Webb, C., Williams, A. (1995) Parallels and contradictions in the theory and practice of action research and nursing, *Journal of Advanced Nursing*, Vol 22: 779-784.
- Webb, C., Turton, P., Pontin, D. (1998) Action research: the debate moves on. In: Roe, B., Webb, C. (ed), *Research and Development in Clinical Nursing Practice*. London: Whurr Publ., pp 290-311.
- Wenger, E. (1998) *Communities of Practice, Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge University, Cambridge University Press,
- Wenger, E., McDermott, R., Snyder, W.M. (2002) *Cultivating Communities of Practice*, Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Westhagen, H. (1995) *Prosjektarbeid. Utviklings- og endringskompetanse*, Oslo: Universitetsforlaget
- Whitehead, J. (1999) How do I improve my practice?: Creating a discipline of education through educational enquiry. Degree of Ph.D., the University of Bath, UK <http://people.bath.ac.uk/edsajw/jack.shtml> (nedlastet 11.10.06)
- Whitehead, J (2006) The Practitioner-Researcher 2006-7 e-seminar. Convened by Jack Whitehead, Department of education, University of Bath, UK <http://www.actionresearch.net> (nedlastet 06.12.06)

- Whitehead, J., McNiff, J. (2006) *Action Research Living Theory*. London: Sage Publ.
- Williamson, G.R., Prosser, S. (2002) Action research: politics, ethics and participation, *Journal of Advanced Nursing*, Vol 40 (5): 587-593.
- Winter, R., Munn-Giddings, C (ed) (2001) *A Handbook for Action Research in Health and Social Care*, London: Routledge.
- Wærness, K. (2001) Omsorgsetikk, omsorgsrasjonalitet og forskningens ansvar. I: Ruter, K.W., Vetlesen, A.J. (red) *Omsorgens tvetydighet – egenart, historie og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 262-281.

Referanser til dokumenter fra forskningsfeltet (*kommunens navn)

- Aasgaard, H., Digre, E., Rugås, L. (1999) *Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene. Årsrapport 1998*. Høgskolen i Buskerud.
- Arbeidstilsynet (2001) *Internkontrollrevisjon, arbeidslag -, * kommune, Rapport fra sluttmøtet 04.05.01*
- Helsetilsynet (2000) *Rapport fra systemrevisjon ved deler av * kommune, distrikt -, sones helsetjenester til eldre, 17.03.00*
- Handlingsplan og kommentarer etter arbeidsmiljøkartlegging for og med ansatte i – pleie- og omsorgsdistrikt (1995) Helse, miljø og sikkerhetsavdelingen, mai 1995, *Kommune*
- Omorganisering av Pleie- og omsorgsavdelingen (1995) *Kommune*
- Omsorgstjenestene i ny tid (1997) Dokumentasjon til bystyremelding april 1997, *Kommune*
- Personal- og kompetanseplan (1995) Pleie- og omsorgsavdelingen, *Kommune*
- Pleie- og omsorgstjenestene mot år 2000 (1995). Pleie- og omsorgsavdelingen, *Kommune*