

**Bruk av fortellinger og refleksjon
for å skape
ny kunnskap og samhandling
mellom
kunnskapsarbeidere**

av

Torill Strugstad og Gerd Ulvin

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København og
Danmarks Pædagogiske Universitetsskole for graden
Master of Knowledge and Innovation Management
(Master i Kunnskaps- og innovasjonsledelse)
2010



**Copenhagen
Business School**
HANDELSHØJSKOLEN



DANMARKS PÆDAGOGISKE
UNIVERSITETSSKOLE
AARHUS UNIVERSITET

*Tell me a fact and I'll learn.
Tell me a truth and I'll believe.
But tell me a story and it will live
in my heart forever*

Indisk ordspråk.



SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR- /KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter(e): Torill Strugstad og Gerd Ulvin

Tittel: Bruk av forellinger og refleksjon for å skape ny kunnskap og samhandling mellom kunnskapsarbeidere

Studieprogram: Master i Kunnskaps- og innovasjonsledelse

Kryss av:

Vi samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: _____

Dato: 010910

Torill Strugstad
underskrift

Gerd Ulvin
underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

underskrift

Forord

Forfatterne av denne masteravhandlingen arbeider ved henholdsvis NAV Arbeidslivssenter Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag. Denne avhandlingen er et resultat av at samhandling er et dagsaktuelt tema ved våre respektive arbeidsplasser, og at vi begge har en genuin interesse for samhandling mellom mennesker i og mellom organisasjoner. New Public Management-tradisjonen preger ledelse og organisering i våre organisasjoner, som i stor grad styres på grunnlag av mål - og resultatstyring. I det offentlige helsevesenet gjenspeiler dette seg også i samhandlingen, både internt og eksternt. Vi ønsker å sette lys på om det finnes andre tilnærminger som kan fungere bedre i forhold til samhandling.

Som masterstudenter og i startfasen av arbeidet med avhandlingen snakket vi med tidligere masterstudent Ann Inger Leirtrø, leder ved Distriktpsikiatrisk Senter (DPS) i Stjørdal. Vi diskuterte blant annet en mulig intervensjon med fokus på samhandling i psykiatrien. DPS Stjørdal hadde samhandling med fastlegene i regionen på sin dagsorden. Møtet med leder resulterte i en bestilling om å utføre et oppdrag for DPS Stjørdal. Dette ble starten på vår reise gjennom et spennende landskap.

Vi vil rette en stor takk til våre respondenter, fastleger og behandlere, og til Ann Inger Leirtrø, som viste oss tillit slik at vi fikk mulighet til å prøve ut vår intervensjon. Takk til Synnøve Hitland, vår veileder ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, som har hatt tro på oss og ledet oss hele veien gjennom det kupert landskapet. Vi er takknemlige for at vi har fått anerkjennelse fra våre respektive arbeidsgivere, både for å gjennomføre masterstudiet og for valg av tema for masteravhandlingen. En spesiell takk til Reidun Ulvin, som var en inspirerende og viktig samtalepartner i arbeidet med å utvikle vår medvirkningsbaserte intervensjon, og ikke minst takk til våre nærmeste som på sin måte har vært med på denne fantastiske reisen.

Til slutt vil vi takke hverandre for stimulerende samarbeid, fruktbare diskusjoner og refleksjoner og for at vi sammen klarte å få denne avhandlingen i havn.

Steinkjer / Levanger, 010910

Torill Strugstad og Gerd Ulvin

Sammendrag

Utgangspunktet for masteravhandlingen er å ta i bruk ansattes kunnskap og erfaringer i utviklingsarbeid, og gjennom en praktisk intervensjon bistå Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Stjørdal med å gjennomføre et prosjekt om samhandling med fastleger. Problemstillingen i avhandlingen er utledet fra dette:

Bruk av fortellinger og refleksjon for å skape ny kunnskap og samhandling mellom kunnskapsarbeidere

Vi har valgt å belyse problemstillingen gjennom følgende punkt:

- 1) En medvirkningsbasert intervensjon som kan bidra til at kunnskap vokser fram gjennom refleksjon og anerkjennelse
- 2) Kan medvirkningsbasert intervensjon bidra til læring og nye forutsetninger for samhandling mellom kunnskapsarbeidere?

Datamaterialet i denne avhandlingen er basert på egne beskrivelser av vår intervensjon samt sitat fra respondentenes fortellinger og refleksjoner, som vi benytter for å illustrere den medvirkningsbaserte intervensjonen. Disse dataene har vi drøftet i lys av relevant teori for å belyse problemstillingen.

Hovedfunn:

En medvirkningsbasert intervensjon der sosiale prosesser gir rom for tolkning og innlevelse og kan synes å bidra til engasjement og forpliktelse hos kunnskapsarbeidere i forhold til organisasjonens utviklingsarbeid. En ”riktig kunnskapshjelpende kontekst” kan bidra til økt forståelse for hverandres virkelighetsoppfatning og dermed en utvidet forståelsesramme i forhold til å samhandle. På den måten kan det skapes en *samforståelse* som kan gi kunnskapsarbeidere andre forutsetninger for å samhandle.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	9
1.1	Generell del	9
1.2	Bakgrunn for problemstilling	10
1.3	Problemstilling	13
1.4	Masteroppgavens oppbygging.....	14
2.0	Teori	15
2.1	Kunnskapsarbeideren	15
2.2	Kunnskapsledelse	15
2.3	Kunnskap.....	16
2.3.1	Strukturelt og prosessuelt perspektiv og ”den tredje vei”	16
2.3.2	Taus og eksplisitt kunnskap	18
2.4	Samhandling	19
2.5	Kunnskapsutviklingsprosessen.....	20
2.5.1	Samtalen som redskap for refleksjon	21
2.5.2	Kunnskapshjelpende kontekst	23
2.5.3	Å gjøre den lokale kunnskapen global	24
2.6	Hedrende seremoni.....	25
2.6.1	Den narrative metaforen.....	27
2.6.2	Narrativ tilnærming	27
2.7	Refleksjon.....	28
2.7.1	Reflekterende team.....	29
2.8	Læringsteori	30
2.8.1	Johari vindu	31
2.8.2	SECI-modellen	32
2.8.3	Femtrinnsmodellen for læringsprosessen.....	35
3.0	Metode	38
3.1	Vitenskapsteoretisk ståsted	38
3.2	Kvalitative forskningsintervju.....	43
3.3	Vår medvirkningsbaserte intervensjon.....	44
	Narrativ samtale og refleksjon	45
	Reflekterende team.....	45

	Samtale om samtalene	46
	Leders refleksjoner	46
	Metarefleksjon over prosess	47
3.4	Metodisk tilnærming og begrunnelse for valg	47
3.4.1	Intensivt eller ekstensivt undersøkelsesdesign?	47
3.4.2	Induktiv eller deduktiv strategi?	48
3.4.3	Individualisme eller holisme?	49
3.4.4	Nærhet eller distanse?	50
3.5	Presentasjon av utvalget av respondenter	51
3.5.1	Vår rolle som forskere	53
3.6	Verifisering	53
	Hawthorne-effekten	57
3.7	Etiske betraktninger	58
4.0	Presentasjon av empiri og drøfting av data	62
4.1	En medvirkningsbasert intervensjon som kan bidra til at kunnskap vokser fram gjennom refleksjon og anerkjennelse	62
4.1.1	Det uformelle møtet med respondentene	62
4.1.2	Introduksjonen før selve intervensjonen	64
4.1.3	Narrativ samtale og refleksjon	66
4.1.4	Reflekterende team	80
4.1.5	Samtale om samtalene	85
4.1.6	Leders refleksjoner	87
4.2	Kan medvirkningsbasert intervensjon bidra til læring og nye forutsetninger for samhandling mellom kunnskapsarbeidere?	93
	Metarefleksjon over prosess	94
5.0	Avslutning	106
	Litteraturliste	108
	Artikler:	110
	Liste over figurer	111
	Liste over tabeller	112
	Liste over vedlegg	113

1.0 Innledning

1.1 Generell del

De tradisjonelle utviklingsstrategiene i det offentlige helsevesen er ofte fundert på det vi kan omtale som ”maskinperspektivet”, der direktiver, prosedyrer og rutinebeskrivelser oppfattes som sentrale styringsverktøy. Dette kommer også til uttrykk gjennom samhandlingsreformen, som blant annet setter fokus på samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ut fra dette perspektivet kan samhandling defineres og forstås ut fra en strukturell forståelsesramme, der samhandling kan besluttes og styres gjennom direktiver og prosedyrer. Vi har valgt å relatere problemstillingen i masteravhandlingen til *samhandling* mellom 1. og 2. linjetjenesten i helsevesenet. 1. linjetjenesten representerer det breddeorienterte helsetjenestetilbudet i kommunen, som allmennleger / fastleger er en del av. Vi vil bruke begrepet *fastlege* i denne avhandlingen. 2. linjetjenesten representerer det spesialiserte helsetjenestetilbudet. Vi vil bruke ordet *behandler* som fellebenevnelse når vi omtaler de forskjellige fagprofesjoner i spesialisthelsetjenesten. 1. og 2. linjetjenesten vil i avhandlingen også bli omtalt som forvaltningsnivåer.

Ut fra vår antagelse om at det må *mer til* for å påvirke hvordan mennesker samhandler i praksis, ønsket vi å legge til rette en kunnskapshjelpende kontekst, der medvirkning, deltagelse og engasjement står sentralt. Den medvirkningsbaserte intervensjonen som vi designet tok utgangspunkt i at fortellingene til den enkelte kunnskapsarbeideren kunne bli kilde til ny kunnskap om hvordan fastleger og behandlere i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern kan samhandle i praksis. For å undersøke dette har vi gjennomført den medvirkningsbaserte intervensjonen to ganger på to forskjellige grupper bestående av fastleger og behandlere.

I vårt dokument- og litteratursøk rundt temaet samhandling avdekket vi at det var lite forskning knyttet til praktisk samhandling. Vi ønsket derfor å gjennomføre et sosialt forsøk som grunnlag for vår masteravhandling. I lys av en prosessuell forståelsesramme ønsket vi å se behandlernes og fastlegenes fortolkning og meningsskaping som grunnleggende for samhandling. Ut fra denne forståelsesrammen ville vi undersøke om kunnskapen om løsningen eller hva som virker i forhold til samhandling lå hos den enkelte kunnskapsarbeider. Ved at de kunne få ta i bruk sin kunnskap og sine ferdigheter ville de få mulighet til å skape en felles tenkning og en delt virkelighetsoppfatning som utgangspunkt for hvordan de kan

samhandle. Den medvirkningsbaserte intervensjonen er i denne sammenheng å bruke fortellinger og refleksjon i kunnskapsutviklingen. Bakgrunnen for dette er troen på at bevegelseskraften ligger i å lytte til hverandres fortellinger og anerkjenne og forsterke disse gjennom refleksjon. Fortellingene vil i denne sammenheng ha et formål relatert til temaet samhandling, der de blir gjenstand for refleksjon og settes i en samhandlende kontekst. Intervensjonen i den kunnskapshjelpende konteksten blir beskrevet og illustrert med sitat fra respondentenes fortellinger og refleksjoner og utgjør empirien i denne avhandlingen. Begrepet kontekst omhandler her et forsøk på å skape ”den riktige kunnskapshjelpende konteksten” som sikrer at utvikling av kunnskap skjer på en slik måte at det skapende element understøttes. Begrepet kontekst, kunnskapshjelpende kontekst og arena brukes litt om hverandre i avhandlingen. Vi har valgt å dele empiri – og drøftingsdelen i to, der vi i del en har fokus på kunnskapsutviklingsprosesser på individ- og gruppenivå, mens vi i del to også vil berøre organisasjonsnivået når vi forsøker å se hele intervensjonen i et læringsperspektiv.

Når vi gjennomførte litteratursøk, var det vanskelig å finne forskningsbaserte samhandlingsmodeller der organisasjonsfortellinger og refleksjon inngår som element i samhandlingen. Vi vil i det følgende vise til noen dokumenter som sier noe om bakgrunnen for valg av tema, både i forhold til samhandling generelt og relatert til samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

1.2 Bakgrunn for problemstilling

På tross av mange års fokus på samhandling mellom de ulike forvaltningsnivåene, for eksempel 1. og 2. linjetjenesten, viser tilbakemeldinger fra både pasienter og helsepersonell at det fortsatt er langt igjen før samhandlingen internt i de forskjellige forvaltningsnivåene, og mellom forvaltningsnivåene er tilfredsstillende. Dette kan sies å være bakteppet for ”Samhandlingsreformen”. Samhandling er et spennende og utfordrende felt som vi ønsket å se nærmere på når vi skulle i gang med masteravhandlingen. Vi vil i det følgende avgrense vårt bakgrunnsmateriale til noen dokumenter som vi mener er relatert til vår innfallsvinkel for valg av tema i avhandlingen.

I juni 2009 la regjeringen fram Samhandlingsreformen i form av Stortingsmelding nr. 47, og denne ble vedtatt 27. april 2010. Her konkluderes det med at det er ”systemet” det er noe galt med, og at manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å

gjøre helsetjenesten enda bedre (Helse- og omsorgsdepartementet, april 2010). ”*Kommune og helseforetak foren dere. Slik blir takten og retningen*” var budskapet fra Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsens i sin tale ved åpningen av Samhandlingskonferansen i Tromsø 26.05.2010.

I masteravhandlingen ”*Sømløst psykisk helsearbeid med fokus på samhandling*”, har Bernt Harald Opdal (2009) fokus på samhandling ut fra et pasientperspektiv. Noen av hans funn var av spesiell interesse for vår avhandling. I sin anbefaling av prioriterte områder i forhold til samhandling, understreker han at 1. og 2.linjetjenesten i fellesskap må bli bedre i forhold til informasjonsutveksling, forberedelse av mottak av pasienter, samt fordeling av ansvar og oppgaver. I Nord-Trøndelag har det siden 1997 eksistert en skriftlig avtale for samhandling mellom kommuner og helseforetak, Basisavtale for samhandling i Nord-Trøndelag (Vedlegg nr. 1) Opdal (2009) understreker i sin masteravhandling at den viktigste kunnskapshjelperen i denne kunnskapsutviklingsprosessen er å ”få i gang samtaler” mellom ansatte i 1. og 2. linjetjenesten. På den måten kan kunnskapen som er kjent eller *embrained* både for 1. og 2. linjetjenesten komme et steg videre. Hensikten med samtalene er ikke bare å utvikle ny felles kunnskap, men å skape en ny virkelighet tilpasset de nasjonale og lokale målsettingene.

I ”Tidsskrift for Den norske legeforening” (nr.10/2009) skriver fastlege Alicja Alda hvordan hun opplever at spesialisthelsetjenesten ønsker å fortelle fastlegene hvordan ting skal gjøres, og dermed bruker dem i en ”sekretærrolle”. Dette refererer også Jan Emil Kristoffersen fra allmennlegeforeningen til i en annen utgave av samme tidsskrift, (nr. 13-14, 2009). Han uttaler at dialogen må forbedres. Han tror de fleste fastleger opplever dette tidvis, selv om hovedinntrykket er at samarbeidet med 2. linjetjenesten baseres på tillit, likeverd, samråd og felles mål for å gi pasientene best mulig behandling. Andre uttalelser fra fastleger i tidsskriftet går på at hovedutfordringen er knyttet til teknisk og ressursmessig *for dårlig tilrettelegging* for å få til god dialog mellom 1. og 2. linjetjenesten i helsevesenet.

For å øke kjennskap til og kunnskap om samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten i helsevesenet, ble Praksiskonsulentordningen (PKO) etablert i 1999. ”*PKO er et nettverk av allmennpraktiserende leger som skal medvirke til å styrke samarbeidet mellom sykehusenes avdelinger, deres leger, andre ansatte, de allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten til gagn for den enkelte pasient*” (NOU, 2005:3)

Hvordan man skal lykkes med gjennomføringen av Samhandlingsreformen i helsesektoren, avhenger, i følge samhandlingsdirektøren i Helse Midt-Norge, Daniel Haga, av om spesialisthelsetjenesten tør å gi slipp på oppgaver og ansvar. Samarbeidsutvalget i Helse Nord-Trøndelag har lagt fram tiltaksplan for ”Helhetlige helsetjenester- felles ansvar”. Dette er en felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag Helseforetak (HF).

I 2008 gjennomførte Kunnskapssenteret en nasjonal undersøkelse, der 80 Distriktpsikiatriske senter (DPS) ble vurdert og 2209 fastleger deltok. Utviklingen i Nord-Trøndelag fra 2006 til 2008 viser at DPS Stjørdal er ett av de elleve DPS som har positiv endring på alle variabler, som akuttpsykiatri, epikrise, kompetanse, veiledning og bemanning. Undersøkelsen viser at fastlegene var mest fornøyd med kompetansen i DPS’et, mens de var mindre fornøyd med veiledning, samarbeidsmøter og informasjon underveis i behandlingsforløpene. Ved kontroll av Helsetilsynet i 2009 fikk DPS Stjørdal også en merknad i forbindelse med mangelfull samhandling med fastlegene.

Siden 1980-tallet har vi vært vitne til en omfattende endring av forvaltningen av offentlig sektor. Framveksten av disse endringstendensene betegnes som New Public Management (NPM), som er en samlebetegnelse for ideer og tenkemåter inspirert av økonomiske og normative verdier, knyttet til produksjon av offentlige tjenester (Røvik, 2007). Forfatteren viser til flere kritikere som peker på inkonsistensen mellom NPMs to teoretiske hovedretninger. På den ene siden vektlegges hierarki, regler, sentrale beslutninger og kontrollordninger. På den andre siden omtales den uttalte ledelsesfilosofien der desentralisering, delegering og generelt stort armslag for lokale ledere vektlegges. Med blant annet økt fokus på effektivitet, produksjonskrav, økonomi og økt delegert ansvar og handlingsrom for lokale ledere er det offentlige helsevesen preget av de prinsippene som New Public Management-tradisjonen representerer.

En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag, *Helhetlige helsetjenester – felles ansvar*, ble vedtatt 10. juni 2010 (Vedlegg nr. 2). ”Dersom helsetjenesten skal utvikles i en sammenhengende kjede, må sykehus og kommuner samarbeide med grunnlag i felles virkelighetsforståelse...” er noen av de innledende kommentarene i dette dokumentet.

Vår oppfatning er at det eksisterer mye informasjon om ”hva som skal gjøres”, men mindre om ”hvordan samhandling kan gjøres”, ”hvordan få det til i praksis”. Vi ønsker derfor i denne avhandlingen å utfylle og utfordre prinsippene i NPM-tradisjonen ved å gå et skritt videre og ha fokus på ”hvordan bli bedre til å samhandle”. I henhold til Opdal (2009) sine anbefalinger ønsker vi *å starte samtalen*.

Vår masteravhandling er nedfelt som prosjekt og forankret i DPS Stjørdal. Vi søkte om forskningsmidler og fikk innvilget midler både fra Forsknings- og utviklingsavdelingen (FOU) i Helse Nord-Trøndelag, og fra Nord-Trøndelag legeforening. Dette var en anerkjennende og inspirerende faktor underveis i vårt arbeid.

I masteravhandlingen prøver vi ut en medvirkningsbasert intervensjon i en tilrettelagt kunnskapshjelpende kontekst. Den har en kvalitativ profil, hvor kontekst og relasjonelle verdier vektlegges. Vi håper at oppgaven kan være et bidrag i den epistemologiske diskusjonen, og at vår medvirkningsbaserte intervensjon kan være et supplement til tradisjonelle, strukturbaserte utviklingsteorier knyttet til temaet samhandling. Vi vil i det følgende presentere problemstillingen:

1.3 Problemstilling

Bruk av fortellinger og refleksjon for å skape ny kunnskap og samhandling mellom kunnskapsarbeidere

Vi har valgt å belyse problemstillingen gjennom følgende punkt:

- 1) En medvirkningsbasert intervensjon som kan bidra til at kunnskap vokser fram gjennom refleksjon og anerkjennelse.
- 2) Kan medvirkningsbasert intervensjon bidra til læring og nye forutsetninger for samhandling mellom kunnskapsarbeidere?

Gjennom disse punktene ønsket vi å tydeliggjøre vårt fokus på selve intervensjonen i den kunnskapshjelpende konteksten som vi la til rette. Operasjonaliseringen av intervensjonen dannet grunnlaget for empirien. Datamaterialet i denne avhandlingen er basert på beskrivelser av intervensjonen og sitat fra respondentenes fortellinger og refleksjoner. Disse dataene har vi drøftet i lys av relevant teori for å belyse problemstillingen. Vi vil i det følgende gjøre rede for masteravhandlingens oppbygging.

1.4 Masteroppgavens oppbygging

Vi har valgt en intervensjon som bygger på en grunnantagelse om at fagpersoners kunnskap og erfaringer representerer en viktig kilde til læring og utvikling i organisasjoner.

Problemstillingen som er utledet fra denne antagelsen, vil vi belyse gjennom å se empirien i lys av relevant teori, som vi har omtalt i kapittel 2.0. Kunnskapsbegrepet, ulike kunnskapssyn og kunnskapsutviklingsprosessen er avhandlingens teoretiske fundament. Konteksten for vår medvirkningsbaserte intervensjon er inspirert av grunnprinsippene for det Barbara Myerhoff (1986) omtaler som *definerende seremoni* eller *hedrende seremoni*, som vi omtaler nærmere i teorikapittelet. Intervensjonen er basert på en narrativ tilnærming, der kunnskapsarbeidernes fortellinger er utgangspunktet for refleksjon. Denne tilnærmingen er forankret i den narrative metaforen og disse omtales i teoripresentasjonen. Vi har valgt å bruke tre av Von Krogh et. al (2007) sine kunnskapshjelpere i kunnskapsutviklingsprosessen. I og med at vi bruker refleksjon som et forsterkende element i kunnskapsutviklingsprosessen, vil vi klargjøre hva vi legger i refleksjon og reflekterende team. Læringsaspektet på ulike nivå forsøker vi å tydeliggjøre gjennom å se intervensjonen i lys av Johari vindu (Cummings og Worley, 2005) og SECI-modellen (Nonaka og Takeuchi, 1995). Gjennom Femtrinnsmodellen (Irgens, 2007) ønsker vi å trekke inn enda en dimensjon i læringsprosessen fra individuell til organisatorisk læring. Vi vil også bruke teori fra Rennemo (2006) i denne drøftingen.

I kapittel 3.0 presenterer vi metode, som vi har valgt å se i sammenheng med og som en begrunnelse for vår metodiske tilnærming. I dette kapittelet vil vi også presentere utvalget av respondenter og redegjøre for vår rolle som forskere. I kapittel 4.0 har vi samlet presentasjon av empiri og drøfting av data. Vi har valgt å dele dette kapittelet i to og knytter hvert underkapittel til de to delene av problemstillingen. For å få mest mulig flyt i oppgaven vil vi følge samme struktur som vi benyttet i presentasjonen av vår medvirkningsbaserte intervensjon i kapittel 3.3. Intervensjonen i den kunnskapshjelpende konteksten blir beskrevet trinn for trinn og illustreres med sitat fra respondentenes fortellinger og refleksjoner. De tre første trinnene i intervensjonen har vi valgt å knytte til del en av problemstillingen, mens det siste trinnet i intervensjonen, metarefleksjon over prosessen, knyttes til del to. Avslutningen i kapittel 5.0 er et sammendrag av våre hovedkonklusjoner som vi knytter til de to delene av problemstillingen. Vi vil avslutte denne avhandlingen med å dele noen refleksjoner over egen læring.

Vi vil i det følgende kapittelet omtale teori som vi har lagt til grunn i drøftingen.

2.0 Teori

Vi vil i dette kapittelet presentere teori som vi vil anvende i drøftingen av data, for å belyse problemstillingen. Vi vil omtale kunnskapsbegrepet, ulike kunnskapssyn, kunnskapsutviklingsprosessen og har knyttet elementer fra gruppeteori til denne prosessen. Vi benytter prinsipper fra hedrende seremoni som en overbygning til den narrative metaforen og narrativ tilnærming. Samtalen og reflekterende team omtales i denne sammenheng som redskap for å få inn refleksjon som et forsterkende element. Vi vil omtale tre av kunnskapshjelperne i kunnskapsutviklingsprosessen. Læringsaspektet i intervensjonen vil vi forsøke få fram gjennom Johari vindu, SECI-modellen, og Femtrinnsmodellen. Vi vil også omtale ulike læringsteoretisk begreper som uttrykt teori, bruksteori, enkeltkrets- og dobbelkretslæring. Vi vil starte med en klargjøring av begrepene kunnskapsarbeider og kunnskapsledelse.

2.1 Kunnskapsarbeideren

Irgens (2007) viser til Peter Drucker som beskriver kunnskapsarbeidere som mennesker, som i stor grad utfører sine arbeidsoppgaver basert på egne, spesifikke kunnskaper.

Kunnskapsarbeideren har stor grad av frihet og mulighet til å styre seg selv, og kan i følge forfatteren defineres som fagperson eller profesjonell i møte med pasienter eller klienter. Selv om kunnskapsarbeidere ofte arbeider alene, kan de også være del av en gruppe. Ved å begrense kunnskapsarbeidere til å gjelde profesjonelle ansatte, hevder forfatteren at man kan risikere å gå glipp av organisasjonens evne til å utløse det potensialet som finnes i den samlede arbeidsstokken. Gotvassli (2009) omtaler kunnskapsarbeidere som virksomhetens største aktivum, fordi de er kloke, kreative, flinke og initiativrike. På den andre siden kan de i følge forfatteren ofte bli omtalt som egenrådige og kan være urimelige i sine krav.

2.2 Kunnskapsledelse

I enkelte organisasjoner blir Knowledge Management eller kunnskapsledelse forstått som en satsing på informasjons- og kommunikasjonsteknologi og ledelse gjennom systemer og prosedyrer. Von Krogh et. al (2007) advarer mot at kunnskapsutvikling blir redusert til å gjelde bare eksplisitt kunnskap og noe som kan styres og kontrolleres. De hevder at å skape kunnskap handler om å legge til rette for relasjonsbygging og dialog, og å utvikle en felles kunnskapsbasis på tvers av geografiske og kulturelle grenser. Kunnskapsledere bør sørge for å bygge en plattform av omsorg, fordi det er den beste kilde til nyskaping av kunnskap.

Forfatterne sier også at kunnskapsutviklingen må hjelpes fram av kunnskapsaktivister, som kan være viktige katalysatorer, koordinatore og forutseende kremmere. Disse kan være formelle ledere i organisasjonen, men det viktigste er at de initierer og støtter opp om en skapende prosess.

Gotvassli (2000) hevder at ledelseslitteraturen og media fremstiller kunnskapsarbeidere som vanskelig å lede, formell autoritet godtas ikke nødvendigvis og heller ikke økonomiske argumenter. Derfor sier forfatteren at kunnskapsorganisasjoner trenger ledere med autoritet som ikke er autoritære, som godtar at de skal lede fagfolk som på sine fagområder kan være sterkere faglig enn sin leder. Ledelse preget av byråkratisk styring og detaljerte målsettinger bør i følge forfatteren erstattes med en ledelse basert på inspirasjon og veiledning. Ledelse vil ut fra dette kunne utøves gjennom en naturlig autoritet som bygger på personlige egenskaper og faglig ekspertise. Her eksisterer ingen oppskrift, men det krever en leder som ønsker å mobilisere mennesker, som kan leve med spenninger og konstruktivt utnytte disse til læring og utvikling.

2.3 Kunnskap

Kunnskap kan beskrives på ulike måter, alt etter hvilken forståelsesramme som legges til grunn. For å klargjøre kunnskapsbegrepet vil vi i det følgende omtale tre ulike perspektiv på kunnskap.

2.3.1 Strukturelt og prosessuelt perspektiv og ”den tredje vei”

Newell et. al, (2002) hevder at kunnskap i lys av *det strukturelle perspektivet* kan beskrives som substantiv, og noe som individer og organisasjoner har som en beholdning. Kunnskap kan i lys av denne rasjonelle forståelsesrammen defineres som konkret, målbart og som lett lar seg identifisere, behandles og spres til andre. I og med at dette perspektivet er fundert på en kognitiv tilnærming til kunnskapsutvikling, og at kunnskap er noe individer tilegner seg og har, vektlegges den eksplisitte kunnskapen mer enn taus kunnskap. I lys av *det prosessuelle perspektivet*, sier forfatterne at kunnskap er sosialt konstruert eller noe som utvikles i samspill og i relasjoner mellom mennesker. Kunnskap og kunnskapsutvikling er i lys av denne sosiale forståelsesrammen ikke noe som utelukkende kan forstås som en mental prosess hos enkeltindivider. Der er derimot basert på ulike type prosesser i organisasjoner, særlig sosiokulturelle prosesser som skjer i handling og praksis. Derfor vektlegges selve kunnskapsprosessen like mye som kunnskap. I dette perspektivet sees taus og eksplisitt kunnskap i sammenheng og som innbakt i kulturen.

Newell et. al (2002) framstiller de ulike perspektivene på denne måten:

Det strukturelle perspektivet (statisk, objektivistisk)	Det prosessuelle perspektivet (dynamisk, praksisbasert)
Kunnskap er resultat av en intellektuell prosess, frukten av tenkning	Kunnskap er rotfestet i praksis, handling og sosiale relasjoner
Kunnskap er en avgrensbar enhet som kan atskilles fra mennesker	Kunnskap er kroppsliggjort i mennesker
Kunnskap er noe mennesker og organisasjoner har	Kunnskap er sosialt konstruert, skapt i samhandling mellom mennesker
Kunnskap er objektive fakta	Kunnskap er dynamisk – kunnskapsutviklingsprosessen er like viktig som kunnskap
Kunnskap finnes på individ- og organisasjonsnivå	Kunnskap er subjektiv, knyttet til maktforhold og konstant utfordret
Kunnskap kan måles og gis en verdi	Kunnskap er innbakt i kulturen
Eksplisitt kunnskap er viktigere enn taus kunnskap	Taus og eksplisitt kunnskap henger sammen
Kunnskap kan oppdeles i ulike, avgrensede kategorier	Kunnskap er multidimensjonal og i praksis vanskelig å atskille i kategorier

Tabell 1: **Strukturelt og prosessuelt perspektiv på kunnskap** Kilde: Newell et. al (2002:8)

Ut fra den prosessuelle forståelsesrammen kan narrativ tilnærming være hensiktsmessig for å fremme den enkeltes potensiale for nytenkning og utvikling. Gjennom denne tilnærmingen kan vi få tak i historier og virkelighetsoppfatninger uten å stimulere til konkurranse om hvem som eier sannheten. Relatert til Lundby (2000) vil omskrivingen av historiene som kommer fram preges av grunnantagelsen om at måten å forstå omgivelsene og skape mening på, skjer gjennom sosial samhandling, språket og kulturen. Mennesker er i lys av dette perspektivet kulturelle, ”historieskapende” vesener.

Den tilnærmingen vi har valgt gjenspeiler at vi er opptatt av hvordan følelser påvirker kunnskapsprosessen, og vi ønsker å utfylle det strukturelle og prosessuelle kunnskapsperspektivet med det Elkjær (2004) omtaler ”den tredje vei”. Gjennom denne retningen bringer forfatteren inn et perspektiv i forhold til forståelsen av kunnskap og kunnskapsutvikling, der kroppen vektlegges som like viktig element som hodet. Dette

perspektivet anerkjenner betydningen av refleksjon, følelser, intuisjon og estetikk i kunnskapsutviklingen, der samspillet mellom individer og organisasjon vektlegges. Utvikling av kunnskap og erfaring skjer gjennom undersøkelser eller refleksjon i sosiale verdener som holdes sammen av forpliktelser. Forfatteren hevder at på tross av at kunnskapen er kjent i det sosiale fellesskapet er det vanskelig å se hvordan læring skjer. Ut fra denne forståelsesrammen bringes intuisjon og følelser fram i organisasjonens utvikling og læring. Dette var også vår intensjon når vi ønsket å prøve ut vår intervensjon i en kunnskapshjelpende kontekst.

Gotvassli (2007) viser også til Elkjær (2004) som omtaler at god mestring i praksissituasjonen forutsetter sosiale prosesser som gir anledning til tolkning og innlevelse fra aktørenes side. Da det ligger et dynamisk og skapende element i det å handle eller bevege seg, vil handlingen uttrykke og skape ny kunnskap. I vår sammenheng knyttes ferdighetene til å kunne ”by på seg selv som et helt menneske” for å kunne samhandle om samhandlingen.

Nonaka og Takeuchi (1995) betrakter ut fra sin forståelsesramme kunnskap som en dynamisk, menneskelig prosess og omtaler kunnskap ut fra en epistemologisk og en ontologisk dimensjon. I den epistemologiske dimensjonen tar de utgangspunkt i Polanyi (1966) som skiller mellom taus og eksplisitt kunnskap. Vår medvirkningsbaserte intervensjon skiller mellom taus og eksplisitt kunnskap og vi ser på artikulering av den tause kunnskapen som en forutsetning for kunnskapsutvikling og læring. Vi vil i det følgende klargjøre disse begrepene.

2.3.2 Taus og eksplisitt kunnskap

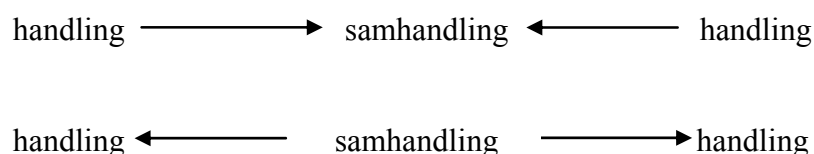
Eksplisitt kunnskap defineres som kunnskap som er uttrykt enten muntlig eller skriftlig. I følge Johannessen et. al (1999) er eksplisitt kunnskap faktakunnskap som relativt enkelt kan formidles til andre som informasjon, og knyttes ofte til begrepet ”know what.” Vi skaper kunnskap på bakgrunn av den informasjonen vi mottar. Forutsetningen er at sender og mottaker har noen felles mentale kart slik at kunnskapen kan tolkes og forstås. Likevel er det slik at den samme informasjonen kan skape ulik kunnskap hos de personene som mottar den (Newell et. al, 2002).

Når det gjelder taus kunnskap eller ”tacit knowledge,” beskriver Gotvassli (2007) dette som kunnskap som kjennetegnes av å være lite synlig og uttrykkelig. Han hevder at denne formen for kunnskap er knyttet til menneskets sanser, ferdigheter, erfaringer, teft og intuisjon og

dermed vanskelig å kommunisere og dele med andre. Taus kunnskap er ut fra dette perspektivet personlig, kontekstspesifikk og vanskelig å formalisere. Dette understøttes av Newell et. al (2002) som omtaler den tause kunnskapen som vanskelig å kommunisere gjennom for eksempel språk. Den formen for kunnskap kan heller ikke kodifiseres og lagres elektronisk eller i en bok slik som eksplisitt kunnskap, fordi den finnes i våre hoder og i våre ferdigheter og handlinger, altså hos individet. Nonaka og Takeuchi (1995) har en praktisk tilnærming til Polanyi (1966) sine mer filosofiske betraktninger rundt taus og eksplisitt kunnskap. I følge forfatterne innbefatter taus kunnskap både kognitive og tekniske elementer. Det kognitive henspiller på mentale kart hos enkeltindivider, som skjema, perspektiver eller synspunkt som tas i bruk for å forstå virkeligheten. Det tekniske elementet på kunnskap henspiller i denne sammenheng på menneskers ferdigheter eller dyktighet, som forfatterne benevner ”know how”. I og med at ferdigheter i denne avhandlingen knyttes til temaet samhandling vil vi i det følgende omtale dette begrepet litt mer inngående.

2.4 Samhandling

I følge Wadel (2005) kan erfaring hvor vi ser sammenhenger mellom vår egen og andre menneskers atferd, eller når vi ser sammenhenger mellom andre menneskers atferd overfor hverandre sies å være relasjonell erfaring. I følge forfatteren er relasjonell erfaring noe vi alle har tilegnet oss, og vi tilegner oss stadig en mengde slik relasjonell erfaring. Han hevder imidlertid at relasjonell erfaring ofte forblir taus kunnskap fordi den kan være vanskelig å sette ord. Dermed blir den ikke tydeliggjort verken for oss selv eller for de vi samhandler med. Samhandling er et sentralt begrep innen relasjonell tenkning, og den ”folkelige forståelsen” av begrepet er bygd opp av separate individuelle handlinger. Ut fra den relasjonelle tenkemåten ses imidlertid individuelle handlinger som oppstått av samhandling. Dette kan illustreres på følgende måte:



Figur 1: **Forskjellige perspektiv i forhold til samhandling.** Kilde: Tilpasset etter: Wadel (2005:14)

Den nederste linjen i figuren illustrerer at samhandling skaper handling, ut fra en tenkning om at individuelle handlinger ikke ville være de samme uten samhandlingen. Wadel (2005) sier at ”samhandling innebærer at vi samordner hvem vi skal være for hverandre, at vi samordner de aktiviteter vi utøver, at vi samordner de mål og hensikter vi har og at vi samordner de ferdigheter som bringes inn i samhandlingen” (2005:36). Wadel (2005) hevder at samhandlingspartene må ha ”samforståelse” av situasjonen for å skape en meningsfull samhandling. Dette handler om at vi som deltakere i bokstavelig forstand skal finne ut hvem vi skal være overfor hverandre og hvilke deler av den sosiale personen som mobiliseres i samhandling. For at samhandlingen skal kunne bli begripelig for oss eller gi mening, må vi på en eller annen måte forbinde den med oppnåelse av visse hensikter, mål og verdier, og disse må være *samordnet*. De individuelle hensikter framstår som delhensikter i samhandlingen og kan være de samme eller ulike. I tillegg omhandler samforståelsen hva samhandlingen skal gå ut på. I denne sammenheng er det ikke den individuelle aktiviteten vi er ute etter i samhandlingen, men det man kan kalle *samaktivitet* (Wadel, 2005). Han hevder at det i enhver samhandling kreves ferdigheter av ulikt slag, og at ferdighetene til de som samhandler må være komplementære. Forfatteren snakker her om relasjonelle ferdigheter og individuelle ferdigheter som framstår som delferdigheter.

Med utgangspunkt i Von Krogh et. al (2007) sin beskrivelse av kunnskapsutviklingsprosessen, vil vi i neste kapittel omtale tre kunnskapshjelpere som vi mener er spesielt relevante for vår intervensjon. Disse kunnskapshjelperne er *å lede samtaler, å skape den riktige konteksten og å globalisere den lokale kunnskapen*.

2.5 Kunnskapsutviklingsprosessen

Von Krogh et. al (2007) vektlegger fem kunnskapshjelpere i prosessen med å dele og skape kunnskap. De fem hjelperne er å formulere en kunnskapsvisjon, lede samtaler, mobilisere kunnskapsaktivister, utforme den riktige konteksten og gjøre lokal kunnskap global. Forfatterne hevder at de fem kunnskapshjelperne har sterk påvirkning på utviklingen av forsterket, tverrfaglig kunnskap i organisasjoner. Kunnskapshjelperen som er tettest knyttet til omsorg og menneskelige relasjoner i organisasjonen, *å lede samtaler*, vil i følge forfatterne påvirke alle de fem kunnskapsutviklende trinnene i prosessen. Vi vil i det følgende presentere en tabell som viser hvordan kunnskapshjelperne påvirker kunnskapsutviklingsprosessen på forskjellige måter og i varierende grad:

Hvordan skape kunnskap 5 x 5 - matrisen

Kunnskapshjelpere	Dele taus kunnskap	Utvikle et konsept	Rettferdiggjøre et konsept	Utforme en prototype	Forsterke kunnskapen
Formulere en visjon		√	√√	√	√√
Få i gang samtaler	√√	√√	√√	√√	√√
Mobilisere aktivister		√	√	√	√√
Utvikle den riktige konteksten	√	√	√√	√	√√
Globalisere den lokale kunnskapen					√√

Tabell 2: **Hvordan skape kunnskap 5 x 5- matrisen** Kilde: Von Krogh et. al (2007:153)

I det følgende vil vi omtale tre av kunnskapshjelperne som vi mener er spesielt relevante i forhold til vår medvirkningsbaserte intervensjon. Vi vil først omtale kunnskapshjelperen å lede samtalen. I og med at refleksjon har en sentral plass i hele intervensjonen, har vi valgt å se samtalen som redskap for refleksjon. Deretter vil vi omtale konteksten som vi knytter til den ”kunnskapshjelpende konteksten” som vi bidro til å skape. I og med at vi ønsket å prøve ut en intervensjon med tanke på å finne ut om den kunne være anvendbar i forhold til praktisk samhandling, vil vi til slutt si litt om å globalisere den lokale kunnskapen.

2.5.1 Samtalen som redskap for refleksjon

Von Krogh et. al (2007) framhever kunnskapshjelperen å lede samtaler (i tabellen benevnt å *få i gang samtaler*) som det første og viktigste steget i en kunnskapsutviklingsprosess. De hevder at det fødes sosial kunnskap gjennom gode samtaler, og at det er gjennom samtaler den individuelle kunnskapen blir gjort tilgjengelig for andre ved at ideer, tanker og oppfatninger utveksles. Samtalene kan omfatte personlige synspunkt og presentasjon av ideer, og de som deltar kan utforske nye ideer og reflektere over andres meninger.

Å bekrefte og utvikle kunnskap er, i følge Von Krogh et. al (2007), samtalens to hensikter.

Forfatterne presiserer at når ny kunnskap skal skapes er det utveksling som er hensikten med samtalen. Forfatterne peker på fire prinsipper for samtalen, som støtter kunnskapsutvikling:

- *Aktivt å oppmuntre til deltagelse* henspeiler på at medarbeidere med bred utdanningsbakgrunn, ulik alder og ansvarsområde medvirker i samtaler om kunnskapsutvikling og at de involverte vet hva som er hensikten med dette.
- *Å utforme etikette for samtalen* henspeiler på en høflig omgangstone, som preges av gjensidig omsorg og respekt
- *Å redigere samtaler på en passende måte* innbefatter at det er enighet og forståelse blant deltagerne om begreper. Forståelse bygger i denne sammenheng ikke nødvendigvis på enighet, men gir grunnlag for et konstruktivt argument. Utfordringen for den som leder samtalen er å gripe inn i rett tid eller *gjøre innsnitt*, som forfatterne omtaler det. For mye redigering tidlig kan drepe samtalen, i andre faser av samtalen kan det bidra til å holde den i gang.
- *Å oppmuntre til nyskapende nytt språk* er, i følge forfatterne, viktig for kunnskapsutviklende samtaler. De betegner språk som et medium for menneskers uttrykte observasjoner om verden, og hevder at all kunnskap er basert på at det nye konseptet uttrykkes i et språk, som illustrerer dets mening.

Nielsen og Haslebo (2003) er opptatt av hvordan mennesker skaper ny mening. De sier at informasjonsteknologien har bidratt til at legmann i stigende grad kan innhente og bearbeide kunnskap og en enorm detaljkompleksitet av informasjon. De hevder imidlertid at informasjon i seg selv ikke gjør ledere og medarbeidere til mer effektive og kreative aktører, så lenge det mangler *mening*. Ny informasjon kan også skape usikkerhet, sinne og frustrasjon hos medarbeiderne, og disse reaksjonene kan bli møtt med motstand mot forandring. Forfatterne peker på at dette kan forstås som manglende forståelse for helheten, eller manglende forståelse for *meningen* med en organisatorisk prosess, som en bestemt forandring har igangsatt. Meningen for organisasjonen, meningen for kollegene og meningen for *meg*:

”Viden, som vi ikke kan forbinde med os selv, er ”død” viden. Vi kan godt lære død viden udenad, men vi kan ikke omsætte den i handling, før det bliver mulig at koble den til vores job, vores rolle, vores kompetancer, vores relationer til andre mennesker i organisationen, vores identitet, værdier og fremtidsplaner. Det er disse koblinger, der skaper mening” (2003: 168)

Haslebo og Nielsen (2003) sier at det blir viktig å omsette kunnskap i handling, der mening skapes gjennom at den enkelte kjenner seg igjen og berøres både som menneske og fagperson.

Dette leder oss til et perspektiv på samtalen som redskap for refleksjon. Andersen (2006) sier at når mennesker møtes i dialog, foregår tre parallelle samtaler, to ”indre” samtaler og en ”ytre”. Hensikten med de ”indre” samtalene er å behandle tankene som utveksles og holde fokus på deltagelsen i den ”ytre” samtale. For å få inn refleksjon er det nødvendig å bryte dialogen, og veksle mellom å være i tale- og lytteposisjon. Bakgrunnen for dette er at man er i stand til å høre noe mer og noe annet når man lytter enn når man fører en dialog. Vi vil omtale begrepet refleksjon litt senere i dette kapittelet, men knytter noen kommentarer til det å lytte som en sentral del av samtalen.

I følge Sewerin (1996) handler god lytting om å gå inn i en relasjon preget av respekt og forståelse, og fri for at noen dominerer og kontrollerer. Gjennom at man selv plasserer seg *under den talende*, gir man andre mennesker rom og respekt. Forfatteren sier at det derfor kreves mot for å lytte, for å kunne ta inn en annen persons fortelling uten å dominere og uten å legge sin egen versjon og sine egne assosiasjoner over det man hører. Om man konsentrerer seg om den andres forestilling om sin virkelighet, har man i stor grad mulighet til å hjelpe vedkommende til å oppfatte verden på en ny måte. Gjennom lytting og forståelse, tolkning og evnen til å stille gode spørsmål, kan den andre bli motivert til å forandre en situasjon.

Von Krogh et. al (2007) betegner samtalen som del av en kunnskapshjelpende kontekst og hevder at individuell taus kunnskap, som er blitt delt og utviklet sammen med andre, er nødvendig for nytenkning. I vår undersøkelse har vi lagt stor vekt på konteksten og dens betydning for å få til gode samtaler, og vi vil i det følgende omtale dette nærmere.

2.5.2 Kunnskapshjelpende kontekst

I følge Von Krogh et. al (2007) kjennetegnes en kunnskapshjelpende kontekst av samarbeid og personlig forbindelser, og de trekker spesielt frem det å *leve med* i organisasjoner som viktig for sosial kunnskapsutvikling. Dette innebærer at alle aktørene er opptatt av det som skal utvikles. Det nye konseptet blir betraktet fra ulike perspektiver, og alle tar aktivt del i utviklingen av en felles visjon. I dette perspektivet ses taus kunnskap som en viktig kilde til nyskaping. Forfatterne representerer en relasjonell forståelse av kunnskap, og sier at effektiv kunnskapsutvikling er avhengig av en kunnskapshjelpende kontekst, eller felles møtested hvor man kan utvikle gode relasjoner, også benevnt *ba*. Von Krogh et. al (2007) refererer til Nishida (1970) og Shimizu (1995) i sin omtale av begrepet *Ba*. De relaterer begrepet *Ba* til et ”sted” eller et ”skapende miljø hvor kunnskap utveksles og skapes”. Et skapende miljø kan i

denne sammenheng være en organisasjonskontekst av fysisk, virtuell, mental karakter eller en kombinasjon av disse. Den riktige kunnskapshjelpende konteksten omfatter i følge Von Krogh et. al (2007) alle samhandlingene som inspirerer til kunnskapsutvikling og er et kunnskapsrom i kontinuerlig utvikling.

Vi har i oppgaven fokus på å legge til rette en kontekst for å skape noe sammen, og har benyttet en intervensjon som har gruppeelementer som bærende element. Vi ønsker derfor å belyse noen gruppeteoretiske prinsipper, som vi mener er viktig i denne sammenheng.

Sewerin (1996) omtaler parallellen mellom en teori og en fortelling. Han er opptatt av *språket* som døråpner til kunnskap om virkeligheten, og at disse teoriene eller fortellingene inviterer til samtale. Det kan være en personlig samtale med en selv for å finne ut hvor en befinner seg, eller en dialog med andre personer som har et annet ståsted. På denne måten kan teorien eller fortellingen lede til større innsikt om ens eget selv, om andre og om gruppen. Forfatteren hevder at de mest grunnleggende erfaringer mennesker gjør er å bli del av en gruppe, og beskriver dette som noe av det mest utviklende mennesker kan gjøre, og samtidig noe av det vanskeligste som finnes. Gjennom å overgi seg selv for å bli en del av gruppen forlater man sin egen isolering og ensomhet. Å skulle forlate gruppen betyr at man igjen møter sin ensomhet. Tilslutning til et gruppefelleskap fører til at en mister en del av seg selv, og fører til at de psykiske strukturene som vanligvis holder det enkelte individet oppe, blir delvis erstattet med strukturer som er bærende for gruppen. Her finnes to sentrale poler, avhengighet og uavhengighet, å lenke seg sammen med andre eller å stå utenfor. Den sosiale kompetansen utvikles gjennom lysten til å være med og arbeide i gruppen, og det å ha lyst til å leke med andre. Å være med i gruppe handler også om å kunne håndtere rivalisering og konkurranse som ledd i de dynamiske prosesser som kan oppstå og opptre i en gruppe.

2.5.3 Å gjøre den lokale kunnskapen global

Globalisering av den lokale kunnskapen er en av kunnskapshjelperne som Von Krogh et. al (2007) omtaler og vektlegger spredning av kunnskap i organisasjoner. Vi vil i det følgende omtale noen faktorer som vi mener er relevant for vår avhandling.

I følge Von Krogh et. al (2007) vektlegger denne kunnskapshjelperen at kunnskapen skal spres over flere nivåer i organisasjonen. Den har størst betydning i utvikling av organisasjonskunnskap og globalisering knyttes i denne sammenheng til å styrke kunnskapen

på tvers i organisasjonen. I følge forfatterne handler dette om å bryte ned barrierer som er mellom menneskene i organisasjonen gjennom aktivt å handle i forhold til de kulturelle og organisatoriske forståelser som er skapt i organisasjonen. Ikke minst handler dette om barrierer som er knyttet til ledelse, som kan være til hinder for effektiv kunnskapsformidling både internt og eksternt i organisasjonen. De sier at ”Målet med å gjøre lokal kunnskap global må være å forsterke evnen til sosiale handlinger, kompetanse og vellykkede prestasjoner” (2007:240)

Spredning av kunnskap kan i følge Von Krogh et. al (2007) forfatterne være transportering av kunnskap fra en del av organisasjonen til en annen fra et skapende perspektiv. De vektlegger i denne sammenheng at dette ikke oppfattes som en ordre som det er forventet at mange skal følge, men at kunnskapen betraktes som en kilde til inspirasjon og innsikt for en lokal forretningsenhet. De hevder at prosessen som handler om å gjøre den lokale kunnskapen global forutsetter prioritering fra ledelsens side gjennom *anerkjennelse* av de forskjellige kontekster for handling og kunnskapsutveksling både organisatorisk, kulturelt og geografisk. Kostnader i form av personalressurser og økonomiske ressurser er ofte avgjørende for hvorvidt organisasjonen utvikler kunnskapen selv, eller søker kunnskap utenfra. Å finne kostnadseffektive mekanismer for å initiere kunnskapsutvikling blir her en ledelsesutfordring.

2.6 Hedrende seremoni

I vår intervensjon har vi fokus på kunnskapsutviklingsprosessen, og vi vil i det følgende omtale begrepet hedrende seremoni, som en teoretisk overbygging til den konteksten som vi ønsket å legge til rette for.

Barbara Myerhoff (1986), professor i antropologi, gjorde sitt doktorgradsarbeid gjennom å studere kulturen til noen indianerstammer i det sørlige Mexico. Hun levde blant disse menneskene i lengre perioder, og lærte seg språket og skikkene deres. Det var mens hun jobbet her hun ble stilt spørsmålet hvorfor hun studerte indianerne og ikke sine egne. Myerhoff, som selv er jøde, fant representanter for ”sine egne” i Venice, en forstad til Los Angeles. På 1970-tallet eksisterte det et helt samfunn av eldre, enslige og fattige jødiske immigranter uten nettverk her. Det var to tema som alltid var til stede i livene til deres, døden og usynlighet eller ikke å bli sett og anerkjent som betydningsfull for noen andre. Disse menneskene hadde imidlertid et Eldresenter - Community Centre, hvor mange av dem møttes daglig. Her bygde de seg nytt nettverk, feiret høytider, utvekslet historier og minner, og her ble de sett og hørt. Det var da Myerhoff (ibid) studerte betydningen dette senteret

hadde i disse menneskenes liv hun utviklet begrepene hedrende seremoni (*Definitional Ceremony*), tilhørerrespons (*Outsider Witnessing*), og samtaler om erindring og medlemskap, (*Remembering Conversations*).

I vår kultur dannes og bekreftes vår identitet gjennom ritualer og seremonier, som for eksempel bursdager, 17. mai, konfirmasjoner, bryllup, begravelser og eksamensfeiringer. Ritualene og seremoniene inneholder ofte taler eller fortellinger, som sier noe om hvem vi er for andre, som forteller oss hvem vi er for oss selv og som knytter oss sammen med viktige andre. De eldre jødene Myerhoff studerte i Venice, hadde ikke lenger noen arenaer hvor de kunne bli sett, hørt og verdsatt, men slik hun så det ble eldresenteret på en måte en kunstig arena for slike hedrende seremonier blant disse menneskene (ibid).

Lundby (2005) siterer Myerhoff (1982) i sin artikkel Reflekterende team som hedrende seremoni: *Når kulturer er fragmentert og i alvorlig uorden, kan det være vanskelig å finne bra publikum. Naturlige anledninger finnes ikke, og de kunstige må opprettes. Jeg har kalt slike forestillinger for hedrende seremonier og tenker på dem som kollektive selv- definisjoner som er spesielt opprettet for å annonsere en fortolkning foran et publikum som ikke er tilgjengelig.*

Lundby (2005) refererer til Michael White (1997) som beskriver disse seremoniene som fora for anerkjennelse, i betydningen fora der folks kunnskap om egne liv kan framføres. Ved at disse foraene er kontekst for fortellinger og gjenfortellinger, er de også kontekster som kan bidra til rike beskrivelser om folks liv. Et sentralt poeng for White er at vår identitet dannes som et resultat av sosiale, historiske og kulturelle krefter. Når mennesker evalueres av viktige andre gjennom hele livsløpet, dannes grunnlaget for hvordan man evaluerer og bedømmer seg selv. Ut fra dette hevder Lundby (2005) at vårt selvbilde eller våre selv-narrativer er et produkt av *viktige andres stemmer i våre liv*. Dette vil være arenaer hvor publikum er bevisst på det ansvar de har for å bidra til at andres liv blir rikere beskrevet. Det er i følge Lundby (ibid) disse kunstige arenaene som bidrar til en kontekst for det Myerhoff (1986) omtaler hedrende seremoni. Han refererer videre til White (1997), som understreker at en kunstig hedrende seremoni kan bidra til en sterk bekreftelse av folks kunnskap, og på en betydningsfull måte bidra til rikere beskrivelser av historiene om folks liv. Gjennom å skape disse seremoniene på en kunstig måte kan man også ha mulighet for å gi spesiell

oppmerksomhet til noen sider ved fortellingen, og i tillegg gi spesiell oppmerksomhet til den formen for anerkjennende praksis som tilhørergruppa engasjerer seg i (Lundby, 2005).

2.6.1 Den narrative metaforen

Lundby (2000) hevder at det narrative er en metafor som sier at vi mennesker opplever og erfarer våre liv gjennom de historiene vi forteller om og er en forenklet måte å forstå virkeligheten på. Han viser til Epston et. al (1992) som definerer en historie som en meningsenhet som gir en ramme for erfaringen. Med utgangspunkt i at mennesker er tolkende skapninger, sees historiene som et produkt av menneskers tolkning av erfaringene. For å kunne tolke er det nødvendig å sette erfaringene i en kontekst eller forståelige ramme. Det er historiene som gir disse rammene, og hver gang de fortelles framheves noen årsaker, mens andre utelukkes. Hver fortelling er altså en fortolkning av virkeligheten. Dette er begrunnelsen for Lundbys (2000) påstand om at all historiegjøring er forenklinger fordi mennesker er fanger av sitt eget perspektiv. De vil derfor ha problemer med samtidig å se andre perspektiv eller andre sider av en historie. Det er egenhistoriene våre som bestemmer hvilke aspekter av våre opplevde erfaringer som kommer til uttrykk, og hvordan disse erfaringene uttrykkes. Ut fra dette sier forfatteren at historiene vi forteller om oss selv og den mening vi skaper ut av tolkningsprosessen, har direkte innvirkning på våre handlinger.

Lundby (2000) sier at den dominerende historien og underhistoriene til sammen gjør det mulig å skape mening og sammenheng i menneskers liv. Han forklarer dette med at historier setter mennesker i stand til å knytte aspekter av sine erfaringer gjennom tidsdimensjonen, fordi historier konstruerer begynnelser og avslutninger. På den måten er det mulig å lage en forståelig sammenheng av fortid, nåtid og framtid. Den narrative metaforen hevder altså at folk lever sine liv gjennom historier, og at disse har direkte effekt på folks handlinger (ibid).

2.6.2 Narrativ tilnærming

Lundby (2000) viser til Karl Tomm (1992) som omtaler narrativ praksis som en strategi for å nyskrive folks problemrettede historier. Denne praksisen er fundert på verdier som høflighet, vennlighet, respekt og åpenhet, og handler om samarbeid rundt meningsskaping i en trygg atmosfære. Narrativ tilnærming og nyskriving av historier, kjennetegnes av at den gir en meningsfull rekkefølge av spørsmål som gjennomgående har en frigjørende effekt på folk. På den måten hevder Lundby (ibid) at man kan snakke om problemer uten å knytte disse til verken personer eller mellommenneskelige relasjoner. Prosessen drives fram gjennom spørsmål som bidrar til at man kan snakke om problemet som problemet, som på en måte

lever sitt eget liv. Spørsmålene kan i følge forfatteren relateres til handlingsplanet, bevissthetsplanet, erfaring om erfaringsspørsmål og historieutviklende spørsmål.

Vi ønsker i denne intervensjonen å forsterke den narrative tilnærmingen ved å bruke refleksjon og reflekterende team som forsterkende element i den narrative tilnærmingen. Vi vil i det følgende gjøre rede for begrepet refleksjon og reflekterende team som metode.

2.7 Refleksjon

Vi har brukt refleksjon som verktøy for at deltagerne skal komme i kontakt med seg selv både som mennesker og fagpersoner. Rennemo (2006) refererer til Management i Lunds læringsfilosofi som understreker at det er den reflekterte erfaringen som gir læring og ikke handlingen i seg selv. I og med at vi har valgt å bruke refleksjon som et forsterkende element i den narrative tilnærmingen, kan vi si at vår medvirkningsbaserte intervensjon er inspirert av elementer fra denne læringsfilosofien. I følge Rennemo (2006) betyr begrepet refleksjon direkte oversatt *tilbakekasting* eller *tilbakeføring*. Forfatteren relaterer begrepet til aksjonslæring, der refleksjon brukes for å planlegge nye og bedre aksjoner. Refleksjon betyr i denne sammenheng at man tenker gjennom betydningen og konsekvensene av sine handlinger med tanke på forbedring.

En annen tilnærming til refleksjonsbegrepet finner vi i reflekterende team som metode, som henspiller på Andersens (2006) forståelse av begrepet refleksjon. Her knyttes begrepet refleksjon til å høre, å ta inn det man hører og tenke gjennom det før man svarer. Med utgangspunkt i at meningsskaping har en sentral plass i den narrative tilnærmingen vi har valgt, vil vi også nevne Asklands (2006) betraktning rundt refleksjonens viktigste funksjon: ”*Å skape mening i forholdet mellom individet og sammenhengen man befinner seg i. Refleksjon er personlig og knyttet til den enkeltes verdier, livsanskuelser og kunnskap*” (2006:79).

Lindseth og Norberg (2004) knytter på sin side begrepet refleksjon til forståelse og forbedring av egen praksis. De hevder at man må lytte etter hva det fortelles om i tillegg til å lytte til det som sies for å forstå meningen i det som sies. I denne sammenheng understreker forfatterne betydningen av refleksjon, og hevder at for å være i stand til å forstå og om nødvendig forbedre egen praksis, må man starte med egen levde erfaring. Man må uttrykke det for å bli oppmerksom på dets mening, og ofte vil denne oppmerksomheten i seg selv lede til

forbedringer. Newell et, al (2002) sier at for å kunne skape et klima for refleksjon og meningsutveksling, er det en forutsetning å ha en trygg atmosfære. Hvis noen føler at de må holde tilbake tanker og meninger, vil det bli en hemsko for fri refleksjon.

2.7.1 Reflekterende team

Tom Andersen betegnes som opphavsmannen til reflekterende team, som ble brukt som metode innen familierapi fra midt på 1980-tallet. Andersen (2006) beskriver at terapisaamtaler ble gjennomført ved at terapeutene satt i et rom ved siden av lege og klient og lyttet til samtalen. Når terapeutene ønsket å snakke om det de hadde hørt, markerte man skifte i lytte- og taleposisjon med å slukke lyset i klientrommet og slå det på i terapirommet. Ved å lytte til terapeutenes samtaler om det de hadde hørt fra samtalen med legen, kunne klienten oppdage alternative veier mot målet. Gjennom disse eksperimentene erfarte man at skiftet mellom lyd og lys ga en frihet i relasjonen mellom terapeutene og de andre, og jevnbyrdigheten i forhold til ansvaret for prosessen ble tydeliggjort.

I følge Andersen (2006) hadde man i terapisaammenheng et bevisst forhold til hvordan forhåndskunnskap om et system eller hypoteser kunne innvirke på møtet mellom klient og terapeut. Dersom det fantes en gitt hypotese om et system, ville arbeidet lett bli kvantitativt, og fokuset kunne bli dreid mot å bekrefte eller avkrefte hypotesen. Man forsøkte derfor i så stor grad som mulig å unngå at forhåndsinformasjon farget terapeuten i møtet med klienten. At det ikke finnes noen objektiv sannhet er selve grunntanken i reflekterende team som metode. Andersen (ibid) beskriver det slik at i møte mellom mennesker kan denne metoden bidra til å skape nysgjerrighet i forhold til hva andre mennesker ser, hører eller føler i en gitt situasjon, som man selv kanskje ikke har lagt merke til eller festet seg ved. På den måten kan nye sider ved et foranderlig bilde av en situasjon stimulere personen til å endre sitt eget bilde eller oppfatning som er i utvikling. Det kan bidra til et mer nyansert bilde av situasjonen slik den først ble beskrevet.

Rennemo (2006) beskriver reflekterende team som en gruppe personer som snakker med hverandre om noen de har sett eller opplevd i aksjon. Den eller de personene som har utført aksjonen er til stede i rommet, de kan høre det som blir sagt, men de blir ikke snakket til. Først når samtalen i det reflekterende teamet er ferdig får den eller de samtalen har dreid seg om mulighet til å komme med sine refleksjoner på innholdet. Hensikten er at refleksjonen skal komme etter at man har fått tid til å reagere, følelsesmessig og analytisk. Skiftingen mellom å

være i tale- og lytteposisjon bidrar til at metoden er virkningsfull i forhold til å gi økt selvinnsikt og bedre forståelse gjennom bevisstgjøring.

I og med at vi i del to av drøftingen ønsker å få svar på om vår medvirkningsbaserte intervensjon kan bidra til læring og nye forutsetninger for samhandling, vil vi i det følgende omtale noen læringsteorier og ulike begreper knyttet til læring. Deretter vil vi omtale enkel- og dobbelkretslæring, og relatere disse formene for læring til begrepene assimilasjon og akkomodasjon. Vi vil også omtale uttrykt teori og bruksteori i denne sammenheng. Johari vindu har vi valgt å ta med fordi den viser at den enkeltes selvinnsikt er en forutsetning for læring og utvikling. For å se hele intervensjonen i et læringsperspektiv har vi valgt å bruke SECI-modellen og Femtrinnsmodellen for læringsprosessen som vi omtaler til slutt i dette kapitlet.

2.8 Læringsteori

I følge Irgens kan læring forstås som *etablering eller endring av mønstre av årsak-virkningssammenhenger som sier noe om hvordan vi mener verden fungerer og hvordan vi kan håndtere problemer vi må løse* (2007:53). Grunnoppfatningen i Management i Lund sin læringsfilosofi er i følge Rennemo (2006) at mennesker lærer best gjennom å handle i virkelige situasjoner, tenke over effekten av handlingen og ut fra dette planlegge nye og bedre handlinger.

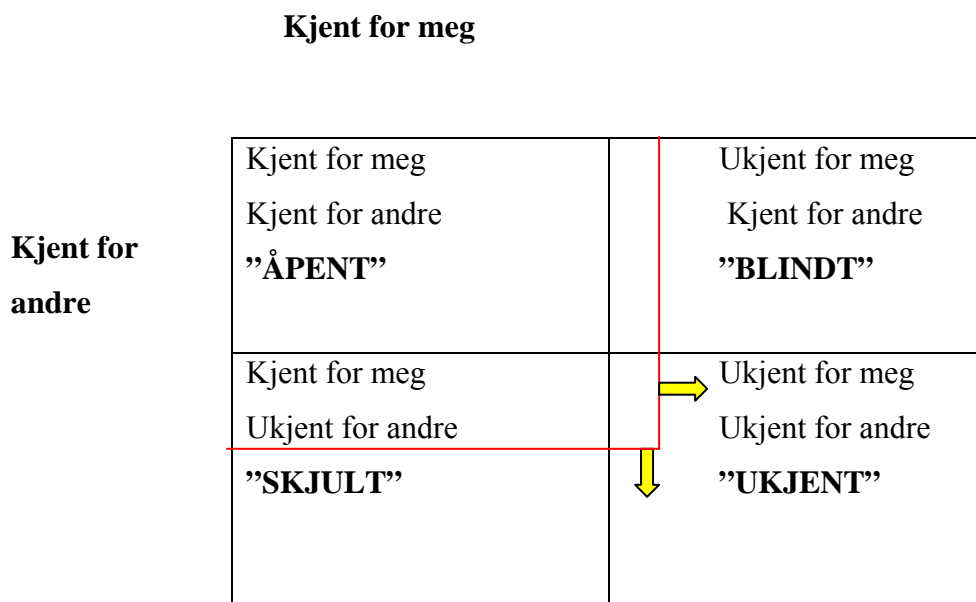
Rennemo (2006) viser til Argyris og Schön (1978), som omtaler enkelkretslæring (single loop learning) og dobbelkretslæring (double loop learning). Forfatteren sier at enkelkretslæring er en form for læring som kan sammenstilles med det utviklingspsykologen Jean Piaget (1968) benevner assimilasjon. I følge forfatteren innebærer denne formen for læring at nye erfaringer er forenlig med menneskers eksisterende tankemønstre og gir grunnlag for kvantitativt, men ikke nødvendigvis kvalitativ ny læring. Man kan mer, men har ikke nødvendigvis tilegnet seg ny eller annerledes kunnskap. Dobbeltkretslæring kan sammenstilles med det Piaget benevner akkomodasjon, som er en form for læring som krever endring av de grunnleggende antagelser, gjennom at forståelsen også endres kvalitativt.

Rennemo (2006) skiller mellom uttrykt teori, som er forklaringen vi selv gir og som ligger til grunn for våre handlinger, og bruksteori, som blir til først etter at handlingen har skjedd, og lettere kan registreres av andre enn oss selv. I utforskning av egne og andres handlingsstrategier er det i følge forfatteren, nyttig å skille mellom uttrykt teori og bruksteori. Han viser

til Argyris (1985), som skiller mellom to typer bruksteori, modell I og modell II. Modell I er en forsvarsskapende handlingsteori, der fokus er kontroll for å beskytte seg selv. Modell II vektlegger frihet til å søke, velge og reflektere over den verden en selv skaper, og mot til å endre fokus som er mer i samsvar med de uttrykte teoriene man forfekter. Spesielt for denne læringsfilosofien er også understrekingen av veilederens, coachens, rolle og at man i læringssituasjonen tilstreber å forene personlig utvikling med det som er organisasjonens mål.

2.8.1 Johari vindu

Cummings & Worley (2005) viser til Luft (1961) og relaterer Johari vindu til læring og utvikling i organisasjoner. Modellen illustrerer at den enkeltes bevissthet og selvinnsett er en forutsetning for læring og utvikling.



Figur 2: **Johari vindu**, Kilde: tilpasset etter J. Luft fra Cummings & Worley (2005: 224).

Det åpne feltet representerer det åpne jeget; *det jeg vet om meg selv* (kjent av jeget) og *det andre vet om meg* (kjent av andre). Det blinde feltet representerer det blinde jeget; *det jeg ikke vet om meg selv* (ukjent av jeget) *men det andre vet om meg* (kjent av andre). Skjult feltet representerer det skjulte jeget; *det jeg vet om meg selv* (kjent av jeget) *men det andre ikke vet* (ukjent av andre). Det ukjente feltet representerer det ukjente jeget; *det jeg ikke vet om meg selv* (ukjent av jeget) *det andre ikke vet* (ukjent av andre).

Gotvassli (2007) sier at når mennesker møtes, kommuniserer og arbeider sammen, skjer dette både på et bevisst og ubevisst plan. Han omtaler Johari-vindu som en måte å beskrive forholdet mellom bevissthet og ubevissthet i relasjon mellom mennesker. Modellen karakteriserer ulike sider ved kommunikasjon og viser hvordan åpenhet i mellommenneskelig kommunikasjon øker når man er tydelig og lyttende til hverandre og hvordan dette minker når man ikke er det. Forfatteren hevder at hovedpoenget med modellen er at man gjennom kommunikasjon, refleksjon og deling av synspunkter og holdninger kan gjøre det åpne feltet større og på den måten gjøre de andre feltene mindre. Ut fra denne modellen står gjensidig feedback sentralt i alt samarbeid, og evnen til å ta imot feedback og lytte til innspill er grunnleggende for å kunne danne seg et bilde av hvordan en blir oppfattet av andre.

I følge Luft (1969) har personer med et stort åpent felt de beste forutsetninger for å kommunisere og samhandle med andre. Personen har da gjerne lett for å kommunisere og å ta i mot og gi informasjon. Faren for misforståelser og feiltolkninger vil med dette utgangspunkt være redusert. Det skjulte feltet kan bli redusert gjennom økt åpenhet, og det blinde feltet kan bli redusert gjennom å ta seg tid til å lytte og tilpasse seg innspill fra andre.

Vi ønsker gjennom den narrative tilnærmingen å få fram og bruke den tause kunnskapen i kunnskapsutviklingsprosessen. Von Krogh et. al (2007) viser til fire interaksjoner, sosialisering, dialog, kodifisering og internalisering, som bidrar til en kunnskapshjelpende kontekst. Disse interaksjonene kan sammenlignes med omformingsprosessene i SECI-modellen som vi vil presentere i det følgende.

2.8.2 SECI-modellen

Ulike tilnærminger til kunnskap bygger på sin egen epistemologi eller teori om kunnskap. Kjernen i epistemologien som Nonaka og Takeuchi (1995) tar utgangspunkt i er forskjellen mellom taus og eksplisitt kunnskap. De beskriver hvordan kunnskap kan omdannes fra individuell til organisatorisk kunnskap og vektlegger spesielt omformingsprosessen fra taus til eksplisitt kunnskap som kjernen i kunnskapsutvikling i organisasjoner.

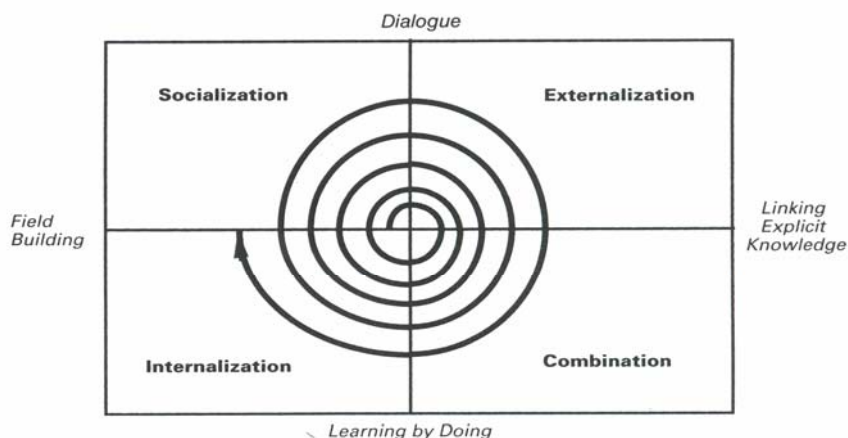


Figure 3-3. Knowledge spiral.

Figur 3: **Knowledge spiral** (Nonaka og Takeuchi, 1995:71)

Nonaka og Takeuchi (1995) ser ikke på taus og eksplisitt kunnskap som to atskilte enheter, men som komponenter som utfyller hverandre gjensidig i kunnskapsutviklingsprosessen. I lys av denne modellen utvikles kunnskap gjennom en interaksjon mellom taus og eksplisitt kunnskap i en kontinuerlig og dynamisk prosess. Forfatterne understreker at denne kunnskapsomformingen skjer i sosiale prosesser mellom enkeltindivider og ikke kun begrenset til enkeltindividet. Med referanse til Nonaka (1990) hevder de at disse sosiale interaksjonsprosessene bidrar til at den tause og eksplisitte kunnskapen utvides både kvalitativt og kvantitativt. Ontologien som SECI-modellen bygger på tar utgangspunkt i at interaksjonsprosessene mellom taus og eksplisitt kunnskap løfter seg som i en spiral fra et lavere ontologisk nivå til et høyere nivå. På den måten illustreres kunnskapsutviklingen som en kontinuerlig prosess som starter på individnivå, beveger seg til gruppenivå og videre til organisasjonsnivå.

Nonaka og Takeuchi (1995) beskriver at omformingsprosessen mellom taus og eksplisitt kunnskap kan skje på fire måter; sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering. De starter med å omtale *sosialiseringfasen* der taus kunnskap omformes til taus kunnskap gjennom fysisk nært samarbeid og ved å dele erfaringer gjennom praksis. Erfaringsdeling hevder forfatterne er nøkkelen for å kunne dele taus kunnskap og de sier at dette også kan skje uten å bruke språket. I sosialiseringfasen skapes taus kunnskap i form av delte mentale modeller og tekniske ferdigheter (*know how*) gjennom å dele erfaringer. Denne fasen knytter de til ulike gruppeprosesser og kultur i organisasjoner. I den neste fasen i

modellen som de omtaler *eksternaliseringsfasen*, artikuleres eller oversettes den tause kunnskapen til en forståelig form for andre gjennom dialog og refleksjon og blir til eksplisitt kunnskap. Her blir den individuelle kunnskapen omformet til konseptuell kunnskap gjennom modeller, metaforer, fortellinger eller begrep. Nonaka og Takeuchi (1995) sier at når man forsøker å konseptualisere et bilde uttrykker man dets *mening* for det meste gjennom språk. I den neste fasen, *kombineringsfasen*, skjer en omforming fra eksplisitt til eksplisitt kunnskap ved at begrepene settes inn i et mer komplekst kunnskapssystem ved hjelp av kommunikasjon, spredning og systematisering. Denne fasen knytter forfatterne til foredling av informasjon som kan skje gjennom møter, dokumenter, samtaler eller elektronisk kommunikasjon. I den siste fasen i SECI-modellen, *internaliseringsfasen*, blir den eksplisitte kunnskapen operasjonalisert og omformet til taus kunnskap ved at den blir gjort til en del av en selv og ens eget, tause handlingsrepertoar. Denne fasen relaterer forfatterne til en prosess hvor den eksplisitte kunnskapen blir kroppsliggjort til taus kunnskap eller ” *learning by doing*”, men de sier også at internalisering kan skje gjennom å lytte til andres suksessfortellinger. Internaliseringsfasen er i følge forfatterne nært knyttet til læring på organisasjonsnivå. Vi vil i det følgende presentere en modell som illustrerer læring på ulike nivå i organisasjonen. Her ses omformingsprosessen av taus og eksplisitt kunnskap i lys av den ontologiske dimensjonen:

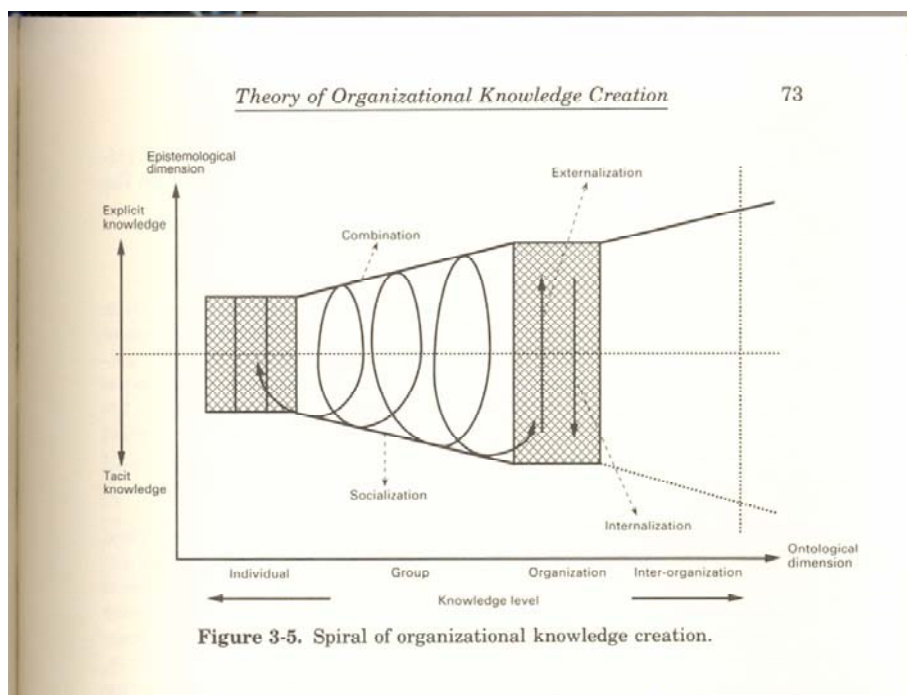


Figure 3-5. Spiral of organizational knowledge creation.

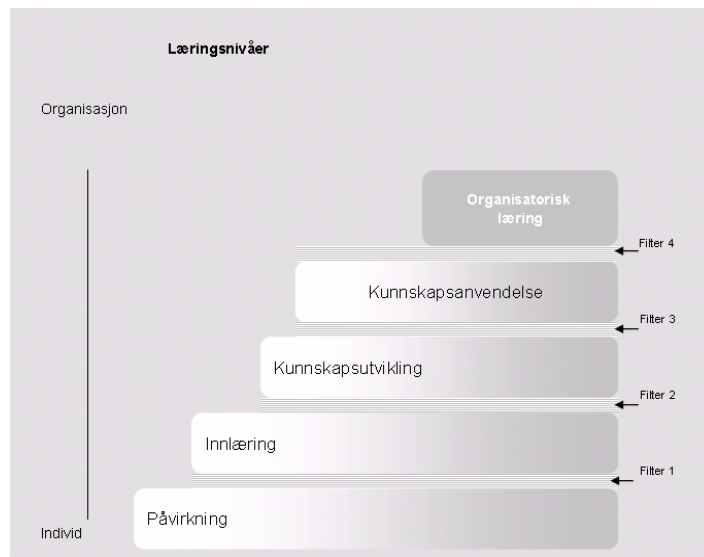
Figur: 4 **Spiral of organizational knowledge creation.** Kilde: Nonaka og Takeuchi (1995:73)

Gjennom denne modellen illustrerer Nonaka og Takeuchi (1995) de forskjellige fasene i kunnskapsutviklingsprosessen og de ulike kunnskapsnivåene på den ontologiske dimensjonen. Forfatterne knytter denne modellen til produktutvikling og sier at utvikling av et produktkonsept innebærer å skape et fellesskap hvor individer med ulike mentale modeller og bakgrunn samhandler med hverandre. Dette skjer i sosialiserings- og kombineringsfasen på individ – og gruppenivå på den ontologiske dimensjonen. De understreker at organisasjonens rolle i kunnskapsutviklingsprosessen er å legge til rette hensiktsmessige kontekster for ulike former for gruppeaktiviteter så vel som aktiviteter som stimulerer til at kunnskap skapes og utvikles på individnivå. Ut fra modellen kan man se at eksternalisering og internalisering er nødvendig for å heve kunnskapsutviklingsprosessen til organisasjonsnivå på den ontologiske dimensjonen.

Vi vil til slutt i dette kapittelet presentere det Irgens (2007) omtaler som Femtrinnsmodellen for læringsprosessen. Dette er en læringsmodell utledet fra Firetrinnsmodellen som er utviklet av Forsberg, Lundmark og Wåglund (1989). Vi vil anvende denne modellen som et supplement til SECI-modellen med henblikk på å se vår medvirkningsbaserte intervensjon i et læringsperspektiv på organisasjonsnivå.

2.8.3 Femtrinnsmodellen for læringsprosessen

Irgens (2007) diskuterer noen utfordringer som kunnskapsarbeidere kan stå overfor i en læringsprosess fra individuell til organisatorisk læring. Han viser til Firetrinnsmodellen som illustrerer læringsprosessen som en lineær og sekvensiell prosess som går én vei fra *påvirkning* til *kunnskapsanvendelse*. For å kunne bevege seg mellom nivåene må man passere noen barrierer som i modellen benevnes *filter*. Dette kan være kontekstuelle eller individuelle barrierer. Irgens (2007) har videreutviklet Firetrinnsmodellen med enda et trinn, organisatorisk læring, som vist i modellen:



Figur 7c. Fra kunnskapsanvendelse til organisatorisk læring

Figur 5: **Femtrinnsprosessen for læringsprosessen.** Kilde Irgens (2007:49)

I følge Irgens (2007) illustrerer Femtrinnsmodellen en iterativ læringsprosess, det vil si at prosessene veksler mellom de ulike nivåene. I følge forfatteren vektlegger de fleste læringsteorier betydningen av impulser utenfra som forutsetning for at læring skal skje. Dette gjelder også for Femtrinnsmodellen som starter på nivå én med *påvirkning*. På dette nivået utsettes man for en eller annen form for påvirkning utenfra, enten ved å se, lytte eller føle. Denne påvirkningen kan også være en situasjon man opplever utfordrer den forståelsesrammen man har. Det neste nivået i modellen, *innlæring*, er den formen for læring som skjer i skolesituasjonen. Dersom læring blir oppfattet som synonymt med det forfatteren omtaler som *reproduksjon av kunnskap* vil ikke innlæring alltid føre til dypere forståelse. Dette kan være innlæring som man ikke klarer å videreutvikle eller omsette i handling. Dette nivået kan i følge forfatteren likevel være viktig for å komme videre i læringsprosessen. Det tredje nivået i modellen er *kunnskapsutvikling* som betyr at man evner å koble ny kunnskap til eksisterende tankemønstre eller klarer å utvide eller skape nye. I følge Irgens (2007) er kunnskapsutvikling en prosess hvor man bearbeider og videreutvikler det som er innlært. Det fjerde trinnet i modellen, *kunnskapsanvendelse*, handler om å ta i bruk det man har lært. For å komme til dette trinnet må man passere et nytt filter (i modellen benevnt filter 3). Forfatteren hevder at dette filteret kan være vanskelig å trenge gjennom for den som kommer tilbake på jobb full av entusiasme og prøver å ta i bruk ny kunnskap etter å ha vært på kurs. For å komme på nivå fem i modellen, *organisatorisk læring*, kreves det at kunnskapsanvendelsen gjøres uavhengig av enkeltpersoner. I følge forfatteren er organisatorisk læring noe mer en summen av enkeltpersoners læring. Han sier at læringen er blitt organisatorisk når

organisasjonen endrer sine handlingsteorier. Dette innebærer at organisasjonen klarer å utføre arbeidsoppgaver og håndtere utfordringer på en ny og bedre måte uten å være avhengig av den som først tilegnet seg kunnskapen. Dette handler om endring av den kollektiv atferden eller at den kan endres om nødvendig. I følge Irgens (2007) er dette en forutsetning for organisatorisk læring. Forfatteren nevner kunnskapsdeling gjennom samarbeid som en aktivitet som kan bidra til å forankre læringen i organisasjoner. Et annet tiltak kan i denne sammenheng være å nedfelle kunnskapen i prosedyrebeskrivelser eller arbeidsinstrukser.

Vi har i dette kapittelet omtalt teori som vi vil benytte for å belyse vår medvirkningsbaserte intervensjon for å se om det kan gi oss svar på problemstillingen. Vi vil i neste kapittel omtale ulike vitenskapsteoretiske ståsted og metodiske dilemma og forsøke å plassere oss som forskere og vår metodiske tilnærming i lys av dette.

3.0 Metode

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vi vil i dette kapitlet omtale ulike vitenskapsteoretiske perspektiver og kort nevne noen kvalitative forskningsintervju som vi hentet inspirasjon fra når vi designet den medvirkningsbaserte intervensjonen. Intervensjonen vil vi presentere slik den fremsto før vi gjennomførte den og dette underkapitlet vil derfor skrives i presens. Deretter vil vi omtale noen vanlige dilemma i forhold til valg av metode og begrunne våre metodiske valg med utgangspunkt i disse. I den siste delen av dette kapitlet vil vi presentere utvalget av respondenter, vår rolle som forskere og i kapitlet om verifisering vil vi forsøke å se kritisk på vårt metodevalg. Til slutt tar vi med noen etiske betraktninger rundt intervensjonen og måten vi gjennomførte den på.

Darmer og Nygaard (2005) beskriver i sin paradigmetenkning at ulike vitenskapsteoretiske retninger har ulik oppfatning av hva virkelighet er, og at dette påvirker hvordan mennesker tenker og handler. Verdigrunnlaget de forskjellige paradigmene bygger på tydeliggjøres gjennom å besvare tre grunnleggende spørsmål om ontologi, epistemologi og metodologi. Det ontologiske spørsmålet er avgjørende fordi dette danner grunnlaget for hvordan virkeligheten erkjennes, og for hvilket metodevalg som blir riktig.

I følge Jacobsen (2005) er ontologi læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut. Med henvisning til ontologiske debatter i årenes løp og diskusjoner rundt hvorvidt sosiale systemer består av lovmessigheter eller om alt som studeres er unikt, sier han at det er vanskelig å komme fram til ens forståelse av dette spørsmålet. For å klargjøre vårt vitenskapsteoretiske ståsted har vi valgt å ta utgangspunkt i en oversikt som vi har hentet fra Ness (2003). Denne oversikten viser sammenhengen mellom grunnleggende antagelser i ulike forskningsparadigmer, deres ontologiske og epistemologiske posisjoner, og betydningen dette har for valg av forskningsmetode, som vist i tabellen under:

Paradigme	Positivism	Postpositivism	Kritisk teori	Konstruktivism
Ontologi	Naiv realisme ”Virkelig” virkelighet kan forklares	Kritisk realisme ”Virkelig” virkelighet som kan forklares ved statistisk sannsynlighet	Historisk realisme ”Forestilt” Virkelighet, skapt av sosiale, politiske, kulturelle, økonomiske, etniske og kjønnsmessige verdier utkrystallisert over tid	Relativisme – individuelle konstruksjoner av virkeligheten
Epistemologi	dualisme/objektivisme Virkelige funn	Modifisert dualisme / objektivitet: Kritisk tradisjon, flere funn sannsynlig sanne	Transaksjonelle / subjektivitet: Verdibaserte funn	Transaksjonelle / subjektivitet: skapte funn
Metodologi	Eksperimentell Manipulere variabler Verifikasjon av hypoteser Hovedsakelig kvantitative metoder	Modifisert eksperimentell Manipulere variabler Kritisk ”multiplism” Falsifikasjon av hypoteser Kan konkludere kvalitative metoder	Dialog / dialektisk	Hermeneutisk / dialektisk

Tabell nr 3: **Grunnleggende antagelser ved forskjellige forskningsparadigmer** Kilde: Ness 2003:32

Jacobsen (2005) bruker skillet mellom to ekstremposisjoner, den positivistiske og den hermeneutiske tilnærmingen, som to forståelsesrammer som representerer motpoler i forhold til hva som er hensiktsmessig metodevalg når man skal samle inn data om virkeligheten. Positivismen har sitt utspring i naturvitenskapene og bygger på en ontologi som tar utgangspunkt i at verden kan beskrives ved hjelp av lover og regelmessigheter. I følge forfatteren bygger positivismens epistemologiske oppfatning på en antagelse om at det kan samles inn objektive data om en objektiv virkelighet. Ut fra dette perspektivet vil data i

hovedsak innhentes ved å bruke kvantitative metoder med vekt på deduktive strategier og distanse til det som skal undersøkes.

Denne tilnærmingen er fundert på et strukturelt kunnskapssyn, hvor kunnskap baseres på observerbare data, hvor observasjonene bør skilles fra fortolkning av mening. Sannheten framkommer i lys av dette perspektivet ved å følge noen generelle metoderegler, som i følge Jacobsen (2005) så å si er uavhengige av undersøkelsens innhold og kontekst. Han sier at det er mange som har hevdet at naturvitenskapens ide om generelle lover ikke kan overføres til sosiale systemer. Bakgrunnen for dette er at mennesker gjennom læring kan endre sine handlinger, i motsetning til døde ting. Ut fra denne tilnærmingen må kunnskap om mennesker i følge forfatteren bli mindre generell, mer tidsavgrenset og mer avhengig av kontekst.

Vårt faglige ståsted som sykepleiere er preget av det naturvitenskapelige perspektivet, gjennom at medisinfaglig tenkning i stor grad preget vår utdanning og praksis. I dag arbeider en av oss med gruppebehandling innen psykiatrien, og den andre arbeider med Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv på det operative nivået. Vi er derfor av den oppfatning at vår yrkespraksis har gått i retninger som gjør at vi kjenner oss mer ”hjemme” i det hermeneutiske perspektivet, som i tabell nr 3 side 37 tar utgangspunkt i konstruktivismen.

Vårt vitenskapsteoretiske ståsted gjenspeiler seg i den metodiske tilnærmingen vi har valgt i undersøkelsen, som i stor grad er fundert på en epistemologi i lys av en postmoderne tenkning og hermeneutisk metodetilnærming. I følge Jacobsen (2005) vektlegges det unike og særegne i dette perspektivet, og generelle lover finnes ikke. Kunnskap er samtalebasert, narrativ, språklig, kontekstuell og interrelasjonell og mening er et begrep som står sentralt. I og med at virkeligheten ut fra dette perspektivet er konstruert av mennesker, må den studeres ved å undersøke hvordan mennesker oppfatter virkeligheten. Metoden vil være innhenting av data med vekt på induktive strategier, helhetstenkning og nærhet som et viktig element for å kunne oppnå forståelse for andre menneskers oppfatning av virkeligheten.

Andersen (2006) benyttet Batesons (1972) filosofi rundt forskjeller, og forskjeller som gjør en forskjell, som en viktig inspirasjonskilde i sitt kliniske arbeid. Han hevdet at mennesker kan definere noe som atskilt fra omgivelsene gjennom sanseapparatet, man foretar det som benevnes distinksjoner. Når man danner seg et bilde av en situasjon, er det et resultat av den

distinksjonen som den som beskriver situasjonen har gjort. Dette er bakgrunnen for påstanden om at *det alltid er mer å se enn det man ser*. Denne forståelsesrammen kan legges til grunn for å forklare hvorfor mennesker ser en situasjon eller oppfatter samme informasjon forskjellig, ut fra den man er, der man er. Dette understøtter den konstruksjonistiske grunnantagelsen om at det finnes mange virkeligheter, som alle er subjektive og like ”sanne”. Anderson og Jensen (2008) understøtter også denne grunnantagelsen når de hevder at alle mennesker har en persepsjon av den situasjon som personen hører til i, som er den gjeldende virkelighet for denne personen. Et annet menneske vil tolke samme situasjon ut fra sin virkelighet. Det betyr at samme situasjon kan være mange virkeligheter, noe som igjen betyr at ingen eier sannheten. Alle sannheter er like ”virkelige.”

Selv om vi kjenner oss igjen i konstruktivismen, er det likevel noe vi ikke finner igjen her, men som falt på plass når vi begynte å lese om konstruksjonismen. Vi vil derfor utfylle oversikten over grunnleggende antagelser ved forskjellige forskningsparadigmer med dette perspektivet.

I den postmoderne epistemologien er det et skifte fra den individuelle bevissthet til relasjoner mellom mennesker. Konstruksjonismen erstatter individet med relasjonen som utgangspunkt for kunnskap. I følge Lundby (2000) har konstruktivismen og konstruksjonismen et omforent syn på at det ikke finnes noen objektiv sannhet, bare mange subjektive oppfatninger eller historier som alle er like ”sanne”. Han sier at begge retningene vektlegger det individuelle, men at forskjellen ligger i at konstruktivismen hevder at menneskers tanker, tro og handling ikke kan påvirkes utenfra, mens konstruksjonismen hevder at den grunnleggende måten mennesker forstår sine omgivelser og skaper mening på er gjennom sosial samhandling og gjennom språket og kulturen.

Lundby (2000) viser til Bjartveit og Kjærstad (1996) som sier at det å være menneske er å søke mening, og at mennesker knytter mening til det bevisstheten er rettet mot. Det man opplever, ser, føler eller tenker gis mening gjennom å settes i en sammenheng. Dette skjer ikke på en passivt observerende måte, men på en aktivt handlende måte. Ut fra dette er en konstruksjon ikke et speilbilde av virkeligheten, selv om den skapes i aktiv samhandling med den. Konstruksjonen bestemmes av den konkrete samhandlingen, og konstruksjoner gir mening ut fra den enkeltes erfaring. Gotvassli (1999) ser læring og kunnskapsutvikling som sosiale konstruksjoner i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Han hevder at våre psykologiske

forståelsesformer og begreper er et produkt av sosiale prosesser som finner sted i en bestemt kontekst.

Lundby (2000) hevder at konstruktivismen og sosialkonstruksjonismen er to av de viktigste ideene i de filosofiske retningene som mer enn noe har inspirert utviklingen av det narrative perspektivet. En *ikke - vitende tilnærming* og *nyskriving av historier* er de to viktigste metodiske tilnærmingene i den narrative tradisjonen. De terapeutiske retningene innen denne tradisjonen representerer i følge han ulike ontologiske oppfatninger:

- Vi kan vite om virkeligheten – dens elementer og måter å fungere på kan oppdages, beskrives og brukes av mennesker på en nøyaktig og repeterbar måte.
- Vi er fanger av vår persepsjon – forsøk på å beskrive virkeligheten forteller oss mye om personen som beskriver, men ikke så mye om den eksterne virkeligheten.
- Kunnskap oppstår i et fellesskap av ”vitere” – de virkelighetene vi bebor er de vi forhandler med hverandre om (Lundby, 2000:64).

Jacobsen (2005) sier at det ontologiske utgangspunktet om at det er generelle lovmessigheter eller forståelse for det spesielle og unike, har betydning for hva vi leter etter når vi skal gjennomføre en undersøkelse. Ved at narrativer har fått så stor plass i vår empiri, gjenspeiler dette at vi ser på fortellinger som vesentlige aspekter ved respondentenes kunnskap. Vi har i tillegg valgt å benytte refleksjon som et forsterkende element i denne sammenheng. Hensikten med denne forskningstilnærmingen er at vi ønsker at masteravhandlingen skal være fundert på meningsfulle, kvalitative bilder av intervjupersonenes liv, og ikke et positivistisk, kvantifiserbart datamateriale basert på abstrakte teorier.

I et vitenskapsteoretisk perspektiv basert på ideer fra kritisk teori blir virkeligheten beskrevet som verdibasert, og at den kommer innenfra. Denne teorien har et dilemma med å skille mellom den sanne virkelighet og den sanne bevissthet. Epistemologien er subjektiv, fordi den enkeltes verdier er avgjørende. I kritisk teori vil det være nødvendig med dialog for å fremme informantens bevissthet om hva som er riktig eller galt, bra eller mindre bra Darmer og Nygaard (2005). Sett i lys av dette perspektivet ønsker vi, gjennom vår medvirkningsbaserte intervensjon, at respondentene skal oppdage handlingsalternativer i forhold til samhandling, som ligger implisitt og er fraværende fra bevisstheten. Målet er at fortellingene som gjenspeiler disse handlingsalternativene blir betydningsfulle for framtidig samhandling

gjennom at de blir satt lys på og rikt beskrevet ved å bli reflektert over av andre. For å få fram fortellingene og refleksjonene vil hele intervensjonen ha et diskursivt preg og den narrative samtalen og samtalen i det reflekterende teamet vil ha likhetstrekk med det Kvale og Brinkmann (2004) omtaler som henholdsvis narrativt intervju og fokusgruppeintervju.

Vi vil i det følgende omtale ulike former for kvalitative forskningsintervju som vi la til grunn for utviklingen av vår intervensjon. I kapittel 3.3 Vår medvirkningsbaserte intervensjon vil vi forsøke å relatere disse intervjuformene til de ulike trinnene i intervensjonen. I dette kapitlet vil vi forsøke å gi leseren innblikk i vår måte å få fram fortellingene og refleksjonene på. Her presenterer vi hvordan vi planla å gjennomføre intervensjonen, og dette kapitlet vil derfor skrives i presens. Den praktiske gjennomføringen av intervensjonen vil vi omtale i kapittel 4.0 Presentasjon av empiri og drøfting.

3.2 Kvalitative forskningsintervju

Kvale og Brinkmann (2009) omtaler ulike former kvalitative forskningsintervju. Et forskningsintervju er i følge forfatterne deskriptivt og formålet med denne intervjuformen er å innhente kvalitativ kunnskap om intervjupersonens livsverden og søke å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, sett fra denne personens perspektiv. De sier at intervjuets struktur ligner på en dagligdags samtale, men at det også involverer en bestemt metode og spørreteknikk. De presiserer imidlertid at selv om intervjuet fokuserer på bestemte temaer er det verken stramt strukturert med standardiserte spørsmål eller fullstendig ”ikke-styrende”. Vi vil her gi en kort omtale av noen intervjuformer som inspirerte oss når vi skulle designe vår intervensjon. Intervjuformene er narrativt intervju, diskursintervju og fokusgruppeintervju. I kapittel 3.3 Vår medvirkningsbaserte intervensjon vil vi trekke paralleller fra disse intervjuformene til vår intervensjon.

Narrative intervjuer fokuserer i følge Kvale og Brinkmann (2009) på de historiene intervjupersonene forteller og på handlingene og oppbygningen av disse. Historiene kan komme spontant eller framkalles av intervjueren. De viser til Mishler (1986) som med utgangspunkt i at hverdagssamtaler ofte har narrative trekk, hevder at fortellinger er en av de naturlige kognitive og språklige formene som mennesker forsøker å organisere og uttrykke mening og kunnskap gjennom.

Et *diskursivt intervju* er i følge Kvale og Brinkmann (2009) en aktiv intervjuform som er rettet mot det språklige og sosiale samspill i intervjusituasjonen. De viser til Gee (2005) som sier at forskere som arbeider innenfor en diskursiv ramme har fokus på hvordan enkeltindivider og grupper bruker språket til å iscenesette bestemte aktiviteter og identiteter. Alle intervjuer er diskursive, men i følge forfatterne blir intervjueren ut fra denne rammen betraktet som aktiv deltaker i intervjusituasjonen. Denne intervjuformen har gjerne et uformelt preg og variasjon i svarene vektlegges.

Et *fokusgruppeintervju* kjennetegnes i følge Kvale og Brinkmann (2009) av en ikke-styrende intervjustil, der formålet er å få fram mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus for gruppen. Den som leder intervjuet legger til rette for ordveksling i fokusgruppa som kan bestå av seks til ti personer. Oppgaven til den som leder fokusgruppeintervjuet er å skape en velvillig og åpen atmosfære, der man kan komme med personlige og motstridende synspunkter på emnet som er i fokus. Målet er i følge forfatterne ikke å komme fram til enighet eller presentere løsninger på saken, men å få fram ulike synspunkter.

3.3 Vår medvirkningsbaserte intervensjon

Den medvirkningsbaserte intervensjonen blir i det følgende beskrevet trinn for trinn, og vi har valgt å knytte en kort kommentar til hvert trinn for å begrunne vår metodiske tilnærming. Vi vil starte med å beskrive hvordan vi ville presentere intervensjonen for deltagerne.

Introduksjonen

Respondentene blir samlet i et felles rom og inndelt i to grupper. Som forskere har vi en veilederfunksjon for disse gruppene under hele intervensjonen. Respondentene får tildelt "sin plass" i gruppene. De enkelte trinnene i intervensjonen skrives på FLIP-overark som henges på veggen, godt synlig for alle deltagerne. Prosessen gjennomgås i plenum og deltageres roller i de ulike trinnene avklares. Vi er åpne overfor deltagerne på at vi som veiledere kan ha behov for en time-out underveis, hvor vi fortsatt blir sittende i rommet og vil "tenke høyt" med hverandre dersom vi føler behov for det. Ved en eventuell time-out er det et poeng at vi ikke snakker sammen fra våre posisjoner i gruppene, men flytter oss bort til den som ber om time-out. Det er viktig at vi sjekker ut om respondentene synes det vi har presentert er greit, slik at både de og vi som veiledere har tilstrekkelig trygghet til å bevege oss inn i det ukjente landskapet. Bruk av båndopptaker under samtalene og refleksjonene avklares før vi starter.

***Begrunnelse:** Sentrale begrep her er forventningsavklaring og kontaktskaping. Avklaring av forventninger og relasjonsbygging mellom veiledere og respondenter og respondentene imellom er en viktig del av det å skape en kunnskapshjelpende kontekst som kan stimulere til meningsutveksling. Sentrale verdier i denne fasen er åpenhet, tillit og trygghet. Når vi foretar et "sceneskifte" ved en eventuell time-out, opprettholdes den reflekterende posisjonen.*

Narrativ samtale og refleksjon

Intervjuene tar utgangspunkt i at intervjupersonene, en fastlege og en behandler fra DPS, har erfaringer fra samhandling og vi tar utgangspunkt i at disse personene har fortellinger knyttet til samhandling. Veileder intervjuer de to personene en og en, og de bytter på å være i tale- og lytteposisjon. Den som er i lytteposisjon i første del, reflekterer over det han / hun har hørt intervjupersonen har sagt. De snakker kun med veileder, ikke med hverandre. Veileder stiller oppfølgingsspørsmål til det som blir fortalt med tanke på å få fram rike beskrivelser av fortellingene. Det reflekterende teamet er under denne sekvensen kun i lytteposisjon.

***Begrunnelse:** Her vektlegges åpenhet og at utgangspunktet for prosessen er det den enkelte er opptatt av her og nå i forhold til samhandling. Gjennom at en person lytter mens den andre personen samtaler med veileder og omvendt, oppnår vi å bryte dialogen slik at nye perspektiv kan åpnes.*

Her kan vi se en parallell til det Kvale og Brinkmann (2009) benevner narrativt intervju og diskursintervju. Vi kan si at vi på dette trinnet i intervusjonen forsøker å vektlegge at samtalen skal ha et uformelt preg, og at vi stiller åpne spørsmål for å lokke fram den enkeltes virkelighet i forhold til samhandling for å få fram ulike perspektiv.

Reflekterende team

Det reflekterende teamet beveger seg på dette trinnet fra lytte- til taleposisjon. Teamet inviteres til å gi en tilhørerrespons på det den enkelte har hørt. Vi vil lede respondentene gjennom denne refleksjonsprosessen etter veiledende spørsmål, og det vil være et uttalt mål at alle får anledning til å si noe. Personene i samtalsituasjonen lytter mens det reflekterende teamet snakker.

***Begrunnelse:** Man lytter annerledes når man er i dialog enn når man bare lytter. Ved å bytte på å være i lytte- og taleposisjon, brytes dialogen. Man blir i stand til å høre noe annet, og noe mer når man forbereder en tilhører- respons, enn hvis man blir engasjert i en dialog.*

Samtalene som foregår mellom veileder og det reflekterende teamet kan ha likhetstrekk med fokusgruppeintervjuet og diskursintervju (Kvale og Brinkmann, 2009). Samtalene blir ledet

av en veileder som åpner opp for refleksjoner gjennom å stille åpne spørsmål for å få fram ulike perspektiv rundt temaet samhandling. I tillegg kan vi si at veileder har fokus på både det språklige og sosiale samspillet i det reflekterende teamet.

Samtale om samtalene

Etter at det reflekterende teamet er ferdig, inviteres intervjupersonene til å snakke om samtalene som har foregått i det reflekterende teamet, som igjen er i lytteposisjon. Den reflekterende posisjonen opprettholdes ved at intervjupersonene snakker *gjennom* veileder, som stiller oppfølgingsspørsmål.

***Begrunnelse:** Gjennom å lytte til andres samtaler om det man selv har uttrykt, kan nye perspektiv åpnes. Dette kan danne grunnlag for å oppdage foretrukne, men ” skjulte ” handlingsalternativer i forhold til samhandling. Det er viktig å presisere at det ikke er nye handlinger som primært skal oppdages, men handlinger som ligger implisitt og er fraværende fra bevisstheten. Målet er å oppdage handlinger som blir betydningsfulle for framtidig samhandling ved å bli satt lys på og beskrevet.*

I denne samtalen kan vi se likhetstrekk med elementer fra narrativt intervju og fokusgruppeintervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). Her stiller veileder åpne spørsmål som inviterer personene til å komme med sine refleksjoner rundt det vedkommende har hørt fra samtalene i det reflekterende teamet.

Leders refleksjoner

Leder sitter utenfor begge gruppene og er lyttende observatør under hele refleksjonsprosessen. Når intervjupersonene avslutter sine samtaler om samtalene, setter en av oss veileder seg ved siden av leder. Leder får spørsmål om hva det var hun hørte fra sin posisjon, som skilte seg ut og ble tydelig for henne i forhold til samhandling. Begge gruppene er i lytteposisjon mens dette pågår.

***Begrunnelse:** Som leder ved DPS og vår oppdragsgiver er leders lytting og refleksjon sentral for selve intervensjonen og videreutviklingen av samhandlingen mellom DPS Stjørdal og fastlegene. Som respondent er leders refleksjoner i denne sammenheng en del av intervensjonen og vil ha en forsterkende effekt på de andre respondentenes fortellinger.*

Denne samtalen med leder kan sies å ha likhetstrekk med det Kvale og Brinkmann (2009) omtaler som diskursintervju. Veileder var aktiv ved å stille spørsmål som var rettet mot det språklige og sosiale samspill i samtalsituasjonen.

Metarefleksjon over prosess

Før oppsummeringen i plenum løses gruppen med intervjupersoner og det reflekterende teamet opp. Deltagerne og vi som veiledere samler oss rundt et bord for å symbolisere ”sceneskifte”. Den oppsummerende metarefleksjonen ledes av veileder som stiller åpne spørsmål om hvordan respondentene opplever å være med på denne prosessen.

***Begrunnelse:** Her håper vi at respondentene vil meddele hvordan det var å delta i den medvirkningsbaserte intervensjonen. Bevegelsen i fortellingene som muligens blir synliggjort gjennom hele intervensjonen vil være sentral i denne sammenheng.*

Denne metarefleksjonen kan vi si er inspirert av fokusgruppeintervjuformen (Kvale og Brinkmann 2009), gjennom at veileder leder respondentene gjennom å stille åpne spørsmål knyttet til temaet som her er selve intervensjonen og deres opplevelse med å delta i prosessen.

Vi har i dette kapitlet omtalt intervensjonen som den ble tenkt gjennomført. Gjennom vår begrunnelse har vi forsøkt å klargjøre vår tenkning som vi la til grunn i de ulike trinnene og trukket noen paralleller fra vår intervensjon til kvalitative forskningsintervju.

3.4 Metodisk tilnærming og begrunnelse for valg

Valg av metode handler om hvilke fremgangsmåter som skal anvendes for å kartlegge virkeligheten. I dette kapitlet vil vi med utgangspunkt i det Jacobsen (2005) omtaler som problemer ved valg av metode, begrunne vårt metodevalg.

3.4.1 Intensivt eller ekstensivt undersøkelsesdesign?

I forskning begrenses antall enheter og variabler i et eller annet forhold som plasserer undersøkelsen på en skala fra den svært ekstensive til den svært intensive undersøkelsen. Ekstensive undersøkelser tar for seg mange enheter, men tillater få variabler, og krever kvantitativt orientert metodebruk, for eksempel spørreskjema. Hensikten er å standardisere informasjonen i form av tall, som grunnlag for statistisk analyse.

I intensive undersøkelser studeres i følge Jacobsen (2005) få enheter og mange variabler, og i slike undersøkelser går man mer i dybden ved hjelp av kvalitativt orienterte metoder, for eksempel intervju eller observasjon. Her har man fokus på sosiale fenomeners karakter eller beskaffenhet, og interessen for det prosessuelle og det relasjonelle dominerer. I og med at det

er samspillet mellom personer som studeres, kan man si at forskeren prøver å skape forståelse for handling gjennom å se på samhandling. I og med at kvalitative data er empiri i form av ord, setninger eller tekster som formidler mening, egner de seg til å gi nyanserte beskrivelser av hvordan mennesker forstår og fortolker en situasjon. Dette er bakgrunnen for at vi har valgt en kvalitativ metode fundert på narrative prinsipper.

I og med at det var et viktig poeng for oss å få fram fortellinger og refleksjoner i en kunnskapshjelpende kontekst, var det naturlig å velge et intensivt undersøkelsesdesign, som i følge Jacobsen (2005) har den styrken at det får fram relevante data, informasjonen blir ikke løsrevet fra konteksten og undersøkelsen omfatter mange detaljer og går i dybden. Svakheten med intensive studier er, i følge forfatteren at man ved å forholde seg til en spesiell kontekst eller til noen få enheter, blir for spesifikk, og at man da må stille spørsmålet i hvor stor grad funnene kan generaliseres. Han hevder at man ved å benytte et ekstensivt design på undersøkelsen, i stor grad kan få resultater som er enklere å generalisere. Problemet kan imidlertid være at informasjonen man får blir for overfladisk, styrt av forskerens spørsmål og ofte løsrevet fra sin naturlige kontekst. På den måten kan det bli for generelt og for lite tilpasset den enkeltes oppfatning av situasjonen. Ser vi vår intervensjon i lys av dette hadde vi tilrettelagt en kunnskapshjelpende kontekst, og det var fortellingene til den enkelte kunnskapsarbeider som dannet grunnlaget for de andre respondentenes refleksjoner. På den måten kan man si at den kunstige arenaen som vi hadde tilrettelagt, der respondentene kunne bli sett, hørt og anerkjent var løsrevet fra deres arbeidssituasjon som kan betegnes som den naturlige konteksten. Vi mente likevel å ha et godt empirisk grunnlag for vår avhandling ved at vi gjennomførte intervensjonen to ganger på to forskjellige grupper.

3.4.2 Induktiv eller deduktiv strategi?

Utgangspunktet for en empirisk undersøkelse er ofte et eller flere spørsmål, som er fulgt av spekulasjoner, hypoteser og / eller forskningsspørsmål. Når disse spørsmålene eller spekulasjonene er utledet fra teorier, kalles det, i følge Jacobsen (2005), deduktiv metode eller deduksjon. Teorier kan oppfattes som en "før-forståelse" av virkeligheten som forskeren bringer i spill i sine spørsmålsstillinger som skal utforskes. I deduksjon anvender forskeren teori i den hensikt å teste ut om det er samsvar mellom teori og praksis. Velger man å nærme seg undersøkelsen med minst mulig "før – forståelse", kalles forskningen induktiv, det vil si man beveger seg fra praksis til teori. Velger man en induktiv strategi er hensikten å fortolke praksis i lys av teori. Hvis vi hadde valgt en kvantitativ tilnærming, tilsvarende den nasjonale

undersøkelsen om fastlegers vurdering av DPS, og benyttet spørreskjema hvor informantene hadde svart på spørsmål ut fra av oss fastsatte variabler ville dette vært fundert på en antagelse om at samhandling er ”objektivt” og noe som kan måles ut fra det.

Vår tilnærming er imidlertid basert på en sosialkonstruksjonistisk tilnærming og en antagelse om at samhandling er et sosialt fenomen. Det betyr at fastlegenes vurdering av DPS og samhandling med behandlerne er et resultat av en sosial prosess, hvor de som enkeltpersoner fortolker og gir mening til handlinger og hendelser. Måten fastlegene fortolker og gir mening vil endre seg over tid, alt etter hvilken fortolkningsramme som legges til grunn, tidligere erfaringer med samhandling og nylig opplevde hendelser knyttet til samhandling. Selv om de ulike forståelsesrammene er fundert på noen grunnleggende antagelser, vil også disse endre seg over tid.

Forståelsen av samhandling som en sosial konstruksjon er fundert på sosialkonstruksjonistiske verdier, og begrunner den metodiske tilnærmingen. Vi har valgt en narrativ tilnærming og bruker refleksjon som forsterkende element. Vi fokuserer ikke isolert på fortellingene, men ønsker å få fram det fastlegene / behandlerne gjør, og som er betydningsfullt og få fram dem som mennesker. Gjennom å stille spørsmål som kan bidra til at de kommer i kontakt med seg selv både som menneske og fagperson, ønsker vi å få fram den tause kunnskapen, som de ikke er bevisst i hverdagen. Hensikten er at denne prosessen skal lede fram til en felles meningsskaping og samforståelse. På den måten kan det åpnes opp for andre perspektiv som kan bidra til en utvidet forståelse for hverandres virkelighet.

3.4.3 Individualisme eller holisme?

Hvordan sosiale problemer skal forstås er i følge Jacobsen (2005) et metodisk problem som er tett knyttet til diskusjoner rundt ontologi og epistemologi. I denne sammenheng refererer han blant annet til individualistisk eller holistisk tilnærming. En individualistisk tilnærming innebærer at det er enkeltmennesket som er den viktigste datakilden for å forstå et fenomen. Ut fra en holistisk tilnærming kan sosiale fenomener forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle konteksten de er en del av. Forfatteren hevder at det tradisjonelt har vært en oppfatning at det er kvalitativ metode som er best egnet til å gi en rik beskrivelse av omgivelsene rundt individet, mens kvantitativ metode ikke tar hensyn til sosiale forhold.

Den holistiske tilnærmingen kan forklares gjennom at vi legger til rette en kontekst hvor fastleger og behandlere inviteres til å delta i refleksjonsprosesser rundt temaet samhandling. Vi må imidlertid bruke en individualistisk tilnærming for å få enkeltpersoner til å fortelle om sine erfaringer om samhandling, da dette danner grunnlaget for den enkeltes refleksjoner, både hos intervjupersonene og hos personene i det reflekterende teamet. Dynamikken i prosessen får vi fram gjennom at respondentene veksler på å være i tale- og lytteposisjon. Dette bidrar til at den enkeltes refleksjoner hele tiden knyttes til det vedkommende har hørt en annen har sagt. Selv om refleksjonene er knyttet til enkeltpersonene, kan de altså ikke tas ut fra den konteksten de er en del av. Ut fra dette kan vi si at vår metodiske tilnærming er fundert både i individualisme og holisme.

3.4.4 Nærhet eller distanse?

Forskerens nærhet eller distanse til det som skal undersøkes er et annet problem knyttet til metode, som Jacobsen (2005) beskriver. Han relaterer dette til effekten forskeren har på det som undersøkes, også kalt undersøkelses- eller forskningseffekter. Selv om det i dag er bred enighet om at undersøkelseseffekter er en nødvendig del av alle undersøkelser, både kvantitative og kvalitative, vil vi trekke fram noen elementer fra metodedebatten, som vi mener har betydning i vår begrunnelse for metodiske tilnærming.

Dersom man velger en metode hvor forskeren har stor grad av nærhet til de som skal studeres, vil forskningsresultatet, ut fra et positivistisk perspektiv, påvirkes av forskeren. Positivismen vektlegger objektivitet i undersøkelser og stiller derfor strenge krav til metoder, slik at forskeren skal ha minst mulig effekt på det fenomenet som skal undersøkes. Ut fra dette perspektivet er det en objektiv virkelighet som skal studeres, og det er viktig å minimalisere forskerens effekt på det som skal undersøkes. Dette synet er imidlertid blitt kritisert ut fra påstanden om at man aldri helt kan fjerne forskningseffekter, verken i kvalitativ eller kvantitativ metodetilnærming. I følge Jacobsen (2005) er begrunnelsen for denne kritikken at det, ut fra påstanden om at det alltid vil finnes en relasjon mellom de som studeres og forsker, vil være en eller annen form for forskningseffekt. Forfatteren viser også til at en del av denne diskusjonen har gått på at fokuset på avstand mellom forsker og forskningsobjekt har gjort forskningen dårligere, begrunnet i at avstanden har redusert forskerens muligheter til å gå dypere inn i den enkeltes forståelse og fortolkning, og at dette viser behovet for nærhet og ikke distanse. Han sier at forskeren skal prøve å gå inn i en relasjon, helst likeverdig, med de som undersøkes, og forsøke å forstå disse personene på deres egne premisser. Et siste aspekt i

denne metoddebatten som vi vil trekke inn, er påstanden om at forskerens personlige verdier alltid vil påvirke en undersøkelse. Vår refleksjon rundt dette er at uavhengig av yrke, kan ikke en profesjon eller et yrke skille en person fra det å være menneske. En forsker vil alltid ha sin kulturelle bakgrunn, sine oppfatninger og forforståelser med seg inn i forskningen.

Relatert til vår undersøkelse, ble fastlegene og behandlerne invitert til å være del av en kunnskapshjelpende kontekst som vi hadde tilrettelagt, og samtidig skulle vi selv være en del av denne konteksten. Selve intervensjonen la vekt på dialog mellom forsker og respondent, og at de ble ledet gjennom ulike refleksjonsprosesser, både hver for seg og i gruppe.

Forutsetningen for å få til et godt resultat lå i stor grad på hvorvidt vi klarte å skape en god og likeverdig relasjon spesielt til personene i samtalsituasjonen, og til deltagerne i det reflekterende teamet. Den medvirkningsbaserte intervensjonen var altså basert på at vi hadde stor grad av kunnskap om og nærhet til forskningsfeltet. Vi vil også nevne at siden vi begge er utdannet sykepleiere, og en av oss arbeider innenfor psykiatrien i spesialisthelsetjenesten, så hadde vi som forskere både en faglig og profesjonell nærhet til forskningsfeltet. Etter vårt syn bidro dette til å styrke legitimiteten i forhold til å gjennomføre undersøkelsen. På den andre siden ser vi at for stor grad av nærhet kan gjøre at man som forsker møter forskningsfeltet med for mye forforståelse, som vil påvirke det man ser og hører. At vi som forskere i tillegg skulle ha rollen som veiledere i prosessen, er også et aspekt som vi vil nevne i denne sammenheng. Vår tilstedeværelse, at vi lokket fram fortellinger gjennom åpne spørsmål i en samtalsituasjon, kan påvirke respondentenes fortellinger.

Vi har i dette kapittelet forsøkt å klargjøre vårt metodevalg med utgangspunkt i noen spørsmål fra metoddebatten hentet fra Jacobsen (2005). Gjennom å relatere spørsmålene til vår medvirkningsbaserte intervensjon, har vi forsøkt å begrunne og se kritisk på våre valg ut fra metodeteori. For å gi leseren et innblikk i forskningsfeltet vi gikk inn i, vil vi i det følgende omtale respondentene og hvilke type organisasjoner de kom fra og deretter gjøre rede for vår rolle som forskere.

3.5 Presentasjon av utvalget av respondenter

Våre respondenter, fastleger og behandlere, kommer fra henholdsvis 1. og 2.linjetjenesten i helsevesenet. Fastlegene er organisert i kommunehelsetjenesten. Behandlerne er fra DPS Stjørdal, som er organisert under psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag, sykehuset Levanger.

Vi hadde i alt fjorten respondenter, sju behandlere og seks fastleger fra fire forskjellige kommuner i Værnesregionen som DPS Stjørdal leverer tjenester til. I tillegg var leder både observatør og respondent. Leder ved DPS Stjørdal valgte ut respondentene i samarbeid med oss som forskere ut fra noen kriterier som ble vurdert som viktige for prosjektet. I startfasen var planen å gjennomføre intervensjonen en gang på en gruppe med i alt åtte respondenter. Vi ble anbefalt av vår veileder å vurdere å gjennomføre intervensjonen på en ny gruppe, både med tanke på antall respondenter og for å se hvordan intervensjonen virket på en annen gruppe. Vi gjennomførte intervensjonen to ganger på to ulike grupper med i alt fjorten respondenter. Den første gruppen besto av fire fastleger og fire behandlere. Behandlerne var en psykiater, to psykologer og en vernepleier. Gruppen bestod av både menn og kvinner. Den andre gruppen bestod av to fastleger og tre behandlere. Behandlerne var to psykiatere og en psykolog. Hele gruppen bestod av menn. Med bakgrunn i sin rolle som leder, ansvarlig for prosjektet og oppdragsgiver for oss som forskere var leder ved DPS Stjørdal både lyttende observatør respondent under begge intervensjonene.

Alle fastlegene som ble forespurt var i utgangspunktet positive til å delta, men det skulle vise seg å være en større utfordring å få fastlegene med på samlingen, enn det var å få med behandlerne ved DPS. Dette var i hovedsak knyttet til at de hadde det travelt, at det var for kort varsel, eller at de av praktiske årsaker ikke hadde anledning til å stille. Utvalget av fastleger ble derfor vurdert ut fra et ønske om at hver kommune i Værnesregionen, som DPS Stjørdal samhandler med, skulle være representert.

Det ble besluttet at prosjektet skulle gjennomføres og forankres i spesialisthelsetjenesten ved DPS Stjørdal. Vi hadde flere diskusjoner med leder for DPS i forhold til utvalg av respondenter. I og med at undersøkelsene ble definert som prosjekt som skulle være forankret i spesialisthelsetjenesten, ble vi enige om at leder var den som skulle ta ansvar for å forespørre aktuelle respondenter, både i kommunene og ved DPS Stjørdal. Alle som ble forespurt stilte seg positive til å delta på undersøkelsen. Av praktiske årsaker var det imidlertid en krevende oppgave å koordinere deltagelsen fra fastlegene. Alle aktuelle respondenter ble forespurt muntlig og fikk i tillegg et informasjonsskriv (vedlegg nr. 2) med bakgrunnen for, og en beskrivelse av prosjektet.

Selve undersøkelsen foregikk ved DPS Stjørdal som hadde lokaler som var egnet til formålet. DPS Stjørdal var vår oppdragsgiver, og fastlegene ble invitert til å delta i en undersøkelse der

spesialisthelsetjenesten var vertskap. Ledelsens målsetting var å få til bedre samhandling med fastlegene. Vi vil i det følgende klargjøre vår rolle i denne sammenheng.

3.5.1 Vår rolle som forskere

Som masterstudenter hadde vi designet en medvirkningsbasert intervensjon. Leder ved DPS Stjørdal, Ann Inger Leirtrø, ønsket å bruke denne intervensjonen som ledd i sitt arbeid med å bedre samhandlingen mellom behandlerne og fastlegene i regionen. Intervensjonen ble definert som et prosjekt, med leder som prosjektansvarlig. I prosjektet var vi som forskere prosjektledere og hadde ansvar for gjennomføringen av prosessen. Som veiledere ville vi være en del av selve intervensjonen og ha ansvar for å bidra til å skape kontekst for medvirkning, deltagelse og engasjement. Begrepene forsker og veileder vil brukes litt om hverandre i avhandlingen.

Med utgangspunkt i vår formelle utdanning innen veiledning og ledelse, og erfaring med veiledning og ulike former for gruppeprosesser, mente vi å ha tilstrekkelig kompetanse til å gå inn i et forskningsfelt og teste ut en utradisjonell intervensjon i møte med kunnskapsarbeidere. Dette var også bakgrunnen for at vi følte oss i stand til å påta oss rollen som veiledere. Vår dialog med forskningsfeltet ble innledet med et møte med ledergruppen ved DPS Stjørdal, der vi informerte om temaet for masteravhandlingen og hvilken tilnærming vi ønsket å bruke. Det var godt å kjenne at ledergruppa var positiv til en kvalitativ tilnærming til temaet samhandling.

Vi vil til slutt i metodekapittelet se på begreper som brukes for å vurdere kvaliteten på forskning. Gjennom å relatere dette til vår intervensjon vil vi forsøke å rette et kritisk blikk på vår kvalitative forskning.

3.6 Verifisering

Kvale og Brinkmann (2009) sier at verifisering av kunnskap ofte diskuteres i forhold til begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet. Jacobsen (2005) forklarer validitet med gyldighet, reliabilitet med pålitelighet og generaliserbarhet med overførbarhet, og sier at også kvalitative forskere må være kritiske til kvaliteten på empiri.

Intern gyldighet

I følge Jacobsen (2005) betyr validering å teste gyldighet, og han bruker begrepet *intern gyldighet* i forhold til hvorvidt man som forsker har fått tak i det man ønsket å få tak i. For å

få svar på spørsmålet om resultatene oppfattes som riktige, kan man bruke annen teori og empiri, eller teste resultater mot respondentene ved at de gir tilbakemelding enten individuelt eller i gruppe. En annen mulighet er å teste resultatene mot andre fagfolk. Svakheten her kan imidlertid være at andre fagfolk er fanget av sine perspektiv og ser virkeligheten ut fra dette perspektivet. Vi valgte selv å validere den interne gyldigheten ved å foreta en kritisk gjennomgang av egne kilder og informasjonen som var kommet fram gjennom disse kildene. Valgte vi å intervju de riktige respondentene i forbindelse med vår undersøkelse, og ga disse respondentene oss ”riktig” informasjon? Vår empiri fikk vi gjennom våre respondenter som var fastleger, behandlere og leder. Som utgangspunkt for undersøkelsen anvendte vi den medvirkningsbaserte intervensjonen en metode som vi selv hadde designet.

Det spesielle for oss som forskere i denne avhandlingen var at vi ønsket å anvende og teste ut en medvirkningsbasert intervensjon på kunnskapsarbeidere i en organisasjon der en slik tilnærming til samhandling kan synes å være noe fremmed. Dette gjorde at vi fra start til slutt hadde med oss en ydmykhet og et ekstra kritisk blick i forhold til oppgaven vi utførte.

Slik undersøkelsen var lagt opp ble vår empiri hentet fra førstehåndskilder som var fastleger, behandlere og leder, som hadde tilstrekkelig kunnskap og erfaring i forhold til tema samhandling. På denne måten mener vi at kildenes mulighet til å gi oss den informasjonen vi var ute etter var tilstede i undersøkelsen. Ettersom det ikke var det riktige svaret vi ønsket i undersøkelsen, var det heller ingen spesiell informasjon vi var ute etter. Vi ønsket å se på om vi gjennom denne intervensjonen kunne ”oppdage noe annet og noe mer” som kunne tilføre samhandlingen verdi og mening, enn om vi hadde gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse eller intervju.

Å være forskere og at vi samtidig var en del av intervensjonen som veiledere i prosessen var en spennende og utfordrende øvelse. Ettersom den ene av oss hadde mer nærhet til forskningsfeltet var vi bevisst på at den andre startet den første delen av intervensjon, den narrative samtalen. Ellers mener vi at vi under hele intervensjonen var i den situasjonen at vi utfylte hverandre i forhold til oppgaven som skulle gjennomføres. Dette opplevde vi som en ekstra trygghet og som en sikkerhet i forhold til selve gjennomføringen.

Leder hadde ulike roller i forhold til oss og undersøkelsen, både som leder, oppdragsgiver, observatør og respondent. Som leder bidro hun til å gi undersøkelsen legitimitet i

organisasjonen og en helhet vi som forskere hadde behov for ut fra vårt perspektiv. Ved sin tilstedeværelse viste hun at hun ønsket å medvirke og ta sitt ansvar som leder både der og da og i fortsettelsen i forhold til samhandlingen mellom DPS og fastlegene i Værnesregionen. Dette kan vi også omtale som en viss gyldighetsfaktor for selve undersøkelsen. Som respondent fikk vi også fram leders stemme gjennom undersøkelsen. Som vi omtalte i kapittel 3.5, Presentasjon av utvalget av respondenter, ble våre respondenter valgt ut på en begrunnet og ryddig måte. Ut fra dette mener vi at den interne gyldigheten i undersøkelsen er forsøkt ivare tatt på en god måte.

Vi har designet en intervensjon hvor vi som veiledere i prosessen også var en del av selve intervensjonen. Empirien er basert på egne fortellinger og beskrivelser, og for å belyse problemstillingen har vi fortolket og drøftet denne empirien i lys av relevant teori. Gjennom den nærheten det var nødvendig for oss som veiledere å ha til respondentene gjennom hele intervensjonen, ser vi at det kunne oppstå koblinger mellom oss som forskere og empirien gjennom hele forskningsprosessen. I vår forskning har vi derfor en utfordring når det gjelder å etterleve det Kvale og Brinkmann (2009) benevner ”*grounded theory*”-idealet, om å la empirien ”*tale for seg*”. Dette kan relateres til at alt kvalitativt datamateriale kan tolkes ulikt, og gis forskjellig meningsinnhold, og er det forfatterne omtaler som en forskningsmessig utfordring i kvalitativ forskning. Manglende objektivitet og at kvalitativ forskning ikke er generaliserbar, nevnes også som kritikken til denne type forskning. Innenfor det konstruktivistiske perspektivet kan man, i følge Kvale og Brinkmann (2009) si at det ikke er mulig å fremskaffe én *riktig* og objektiv forståelse av virkeligheten. De hevder imidlertid at det finnes *legitimt tolkningsmangfold*, som betyr at det er åpent for forskeren å fortolke. Samtidig innebærer dette at man må gi en klar og tydelig redegjørelse for de tolkningene man foretar. Det er heller ikke slik at den *virkelige* og *sanne* historien finnes en gang for alle, eller hos et bestemt antall respondenter. Historiene, også våre, er fremkommet i kontekster, og på den måten kan vi si at vår avhandling er et resultat av en samproduksjon av mening og forståelse, både mellom empiri og teori og mellom oss og respondentene. Ut fra vårt vitenskapsteoretiske ståsted kan vi ikke overføre vår subjektive opplevelse og våre beskrivelser til å gjelde som en sannhet.

Vi designet en intervensjon som vektla fortellinger og refleksjon, og har i forhold til intern gyldighet forsøkt å være bevisst på hvordan vi lokket fram fortellingene og fikk fram viktige nyanser i bruken av refleksjon som virkemiddel. Lundby (2005) viser til Michael White, som

uttrykte skepsis til noen av teoriene i forhold til refleksjon. Begrepet ble brukt synonymt med applaus, og i denne sammenheng knyttet til feedback, gi bekreftelser, gi ros og påpeke det positive. Han viser også til Michael Foucaults (1972) analyse av moderne makt, en makt som bygger på normaliserende bedømmelse. Dette understøtter i følge Lundby (2005) det White viser til, at alle former for *modern practices of applause* alltid gis ut fra en maktposisjon. Dette omhandler at når en utpeker seg til å bedømme hva som er bra ved det en annen gjør, og dermed hva som er bra for vedkommende som person, kan det føre til en ovenfra og ned holdning. Utøvelse av makt knyttes i denne sammenheng til at den som får slik applaus kan ha en helt annen vurdering av sine handlinger og intensjoner. I følge Lundby (2005) er faren stor for at det skapes et maktfylt forventningspress til den som mottar refleksjonen. Derfor er det viktig at vi som veiledere i prosessen er bevisst vår rolle og er klar over språkets betydning.

Pålitelighet handler i følge Jacobsen (2005) om man kan stole på de dataene man har fått inn gjennom en undersøkelse. Relatert til vår intervensjon kan dette knyttes til om det var forhold i intervensjonen eller rammen rundt, som påvirket respondentene. Her kan vi stille spørsmål om det forfatteren benevner intervju-effekter, observatøreffekter og konteksteffekter. Kunne veilederens væremåte påvirke respondentenes fortellinger og refleksjoner? Hvilken betydning hadde leders tilstedeværelse som observatør og respondent for respondentenes fortellinger og refleksjoner? Hvilken betydning hadde det at det var to skrivere til stede i samme rom?

Respondentene hadde på forhånd fått informasjon om hva den kvalitative undersøkelsen handlet om, men detaljene i selve undersøkelsen var de ikke kjent med på forhånd. De ble forespurt og fikk tildelt roller samme dag, og ble ”ledet” gjennom en prosess som var annerledes og mest sannsynlig uvant for de fleste. I denne sammenheng vil vi understreke den bevisstheten vi tilstrebet å ha i tilnærmingen til forskningsfeltet, der vi forsøkte å legge vekt på høflighet, vennlighet, respekt og åpenhet.

Ekstern gyldighet

Jacobsen (2005) bruker begrepet ekstern gyldighet i forhold til generaliserbarheten av funn eller graden av overførbarhet. I kvalitativ forskning er hensikten ofte å få tak i generelle fenomener, og generalisering omhandler å overføre data fra et mindre utvalg til et mer teoretisk nivå.

I følge Von Krogh et. al (2007) kan det stilles spørsmål om resultatene fra vår undersøkelse på et gitt tidspunkt er gyldige også i andre sammenhenger som for eksempel i andre organisasjoner. Vi valgte å prøve ut intervensjonen på to grupper i stedet for en, for bedre å kunne si noe om generaliserbarheten og hvorvidt intervensjonen kan sies å være anvendbar i andre eller tilsvarende organisasjoner. Ut fra våre erfaringer kan det se ut til at det kan være et visst grunnlag for å si at metoden også kan være anvendbar for utfordringer knyttet til samhandling både innenfor helsesektoren og i andre organisasjoner. Vi håper og tror at denne intervensjonen kan være et supplement til en strukturell endringsforståelse. Det som etter vår oppfatning kreves for å tenke overførbarhet er at slike kunnskapsutviklingsprosesser bør initieres og ledes av en person eller personer som har nødvendig kompetanse for dette, og at det er forankret i ledelsen i den aktuelle organisasjon. Som forskere og veiledere i prosessen erfarte vi at intervensjonen krevde at vi mestret å forholde oss både til den *individuelle kunnskapsarbeideren* og til *gruppen kunnskapsarbeidere*.

Hawthorne-effekten

Jakobsen (2005) skriver om undersøkelseeffekter som kan oppstå uansett hvilken metode man benytter i gjennomføringen av en empirisk undersøkelse. Når forskere bryter seg inn i andres liv, miljø og situasjon for å få tilgang på empiri, vil dette i følge forfatteren nesten alltid innebære en forstyrrelse av et naturlig miljø eller en naturlig situasjon. Derfor er det alltid viktig å stille spørsmål om hvilken effekt denne inngripen og om resultatene man har kommet fram til er skapt av selve undersøkelsen.

I organisasjonsteorien finner man det beste eksempelet på dette som omtales som Hawthorne-effekten. Et forskningsprosjekt ledet av forskeren Elton Mayo hadde til hensikt å studere hvilke effekter det fysiske arbeidsmiljøet som lys, støy, pauser og lignende hadde på produksjonen i en bedrift. Bedriften ble delt inn i to grupper, der den ene gruppen fikk like arbeidsforhold hele tiden, mens den andre fikk variasjon når det gjaldt lysstyrke, pauser og lignende. Produksjonen økte i eksperimentgruppen når lyset økte, og det gjorde den også når lyset ble senket igjen. Spørsmålet man stilte var hva det var som skapte produksjonsøkning, om det ikke var lyset. Forskerne konkluderte med at produksjonen økte hver gang det skjedde en hvilken som helst endring, og forklaringen på dette var at det ble oppfattet som spennende å bli undersøkt. Endringen i lyssettingen ble forstått som et signal på å øke produksjonen. Det var ikke effekten skapt av lyssettingen forskerne målte, men det som ble skapt av selve undersøkelsessituasjonen. På bakgrunn av dette presiserer Jakobsen (2005) viktigheten av å

gå gjennom spesielle faser når man gjennomfører en undersøkelse, samt være kritisk til de valg som gjøres, og hvilken virkning disse valgene kan ha. Dette har vi omtalt tidligere i dette kapittelet.

Kvalitativ analyse

Tematisk organisering vil i kvalitative analyser innebære å redusere, systematisere og ordne datamaterialet slik at det blir analyserbart uten at man mister viktig informasjon. I følge Kvale og Brinkmann (2009) innebærer analyse og tolkning på sin side å analysere og utvikle både tolkninger av og perspektiver på den informasjon som ligger i datamaterialet.

Under begge intervensjonene vi gjennomførte hadde vi lydopptak. I tillegg til dette hadde vi to referenter i tilfelle det skulle oppstå feil med teknikken. Den kvalitative analysen bestod i første omgang for vår del av å gjennomgå lydopptakene og skrive ned respondentenes utsagn, nøyaktig gjengitt ord for ord. Dette kalles å transkribere, noe som innebærer å bli strukturert for analyse. Dette ble gjort av oss som forskere etter første intervensjonen og var en tidkrevende prosess. Etter den andre intervensjonen fikk vi hjelp til denne transkriberingen. Erfaringen med å gjøre det selv umiddelbart etter undersøkelsen var at vi fikk gjennomgå datamaterialet en gang til og på den måten fikk bearbeidet materialet mye underveis. Den andre gangen tok det litt tid før vi ”fikk kontakt med” datamaterialet og det var en krevende prosess å hente fram materialet igjen. Vi var også i den situasjonen at vi hadde en stor mengde data som for oss var ”god empiri”, og det var en krevende prosess å skulle velge ut noen sitat som skulle illustrere intervensjonen.

3.7 Ethiske betraktninger

I følge Jakobsen (2005) handler samfunnsvitenskapelige undersøkelser i hovedsak om å studere mennesker, hva de tenker, hva de gjør og hvordan de gjør det. I vår undersøkelse var det fra første stund en klar og åpen dialog med alle respondentene om hva som var hovedhensikten med undersøkelsen, og hvordan resultatene skulle benyttes. Prosjektet ble meldt til regional etisk komitè (REK). Tilbakemelding derfra tilsa at det ikke var behov for godkjenning ut fra prosjektets innhold, og at respondentene var med på dette av egen fri vilje. I følge Jacobsen (2005) er utgangspunktet for forskeretikk i Norge informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. Fastleger og behandlere deltok frivillig, og de fikk på forhånd informasjon om hva dette skulle omhandle, både av leder ved DPS Stjørdal og

oss som forskere. Dette var et prosjekt initiert med utgangspunkt i Helsetilsynets merknad i forhold til tiltak om bedre samhandling med fastlegene, og fastlegenes vurdering av DPS Stjørdal. Med bakgrunn i dette kunne vi anta at dette var noe de også følte seg forpliktet til å delta i, og at det kunne bidra til at de følte et ”ytre press” til å engasjere seg. Ingen visste på forhånd hvilken rolle den enkelte var tiltenkt å ha under selve intervusjonen. Dette ble klargjort med respondentene der og da, og medførte noen overraskelsesmomenter spesielt i forhold til de som ble spurt om å delta i den narrative samtalen. Ut fra en kommentar fra en av dem ville det kanskje ført til et større stressmoment om man hadde blitt informert og forespurt på forhånd. Ettersom det er viktig å informere respondentene om farer og gevinster i forhold til å delta, ser vi at det å velge det ene fremfor det andre i denne sammenheng kunne vært ”like riktig” eller ”like galt”.

I følge Jakobsen (2005) har mange forskningsprosjekt et dilemma ut fra at menneskene som er delaktig kun blir et middel for å nå et mål. Det finnes noen etiske normer som aldri skal brytes. Dette omhandler at en aldri skal bruke noe menneske som bare et middel. I vår avhandling var vi interessert i å hente fram den kunnskap og de erfaringer respondentene hadde både som mennesker og fagpersoner.

I forhold til respondentenes krav på privatliv var vi oppmerksom på at det gjennom bevisst bruk av språket og spørsmålsstillingene fra oss veiledere kunne føre til at de som mennesker lot seg berøre, og at det også kunne oppleves som et etisk dilemma for respondentene. I denne undersøkelsen var det også en hensikt med at de skulle la seg berøre både som menneske og fagperson, men at vi forventet at de selv tok ansvar for hvordan de lot dette skje. Vi registrerte at det var uvant for respondentene å bli plassert sammen på denne måten og skulle dele sine historier og refleksjoner. Dette kom til uttrykk både verbalt og non verbalt. Ved at vi som veiledere hadde lagt til rette for å skape en kunnskapshjelpende kontekst, et ”ba” mente vi at den enkelte og gruppen ble ivaretatt på en respektfull måte både av oss veiledere og av hverandre.

Anonymitet vil si at ingen skal være i stand til å identifisere deltagernes respons. Faren for å identifisere enkeltpersoner i et datamateriale er ifølge Jakobsen (2005) høyere jo mindre datamaterialet er. Dette kan være et problem i kvalitative undersøkelser. Vi brukte begrepet fastleger og behandlere i vår omtale av respondentene, og vi hadde et antall på fjorten. Dette betraktes som et materiale som er tilfredsstillende i denne sammenheng, også for å ivareta

anonymiteten. Vi som forskere har lagt stor vekt på at respondentene skal kunne forbli anonyme, men som Jacobsen (ibid) sier så er det umulig å garantere. Det som vi som forskere kan garantere, er at vi gjennom presentasjon av resultater iverksetter nødvendige tiltak for å hindre at andre kan identifisere enkeltpersoner. Det som her må nevnes er at respondentene selv i ettertid har snakket om at de deltok på undersøkelsen, og at det er muligheter for at de derigjennom også kan identifiseres. Respondentene fikk informasjon om at nedskrevne data og lydopptak ville bli makulert og slettet. Det er imidlertid en respondent som ikke er anonymisert i avhandlingen, og det er leder ved DPS Stjørdal. For å ivareta hennes integritet valgte vi å la henne få se ”sin stemme” i intervensjonen og om hun kjente seg igjen i de situatene vi hadde benyttet i avhandlingen.

I forhold til å presentere data på riktig måte har vi på tross av at datamaterialet blir tatt ut av sin kontekst når det presenteres, forsøkt å gjengi situatene nøyaktig slik de ble sagt, og på en slik måte at meningen ivaretas når de kommer i en annen kontekst. Etersom vi gjennomførte intervensjonen i grupper, mener vi at det i denne gruppeeffekten ligger en form for ”kontroll” for oss som forskere ut fra at ”flere har hørt”, og at resultatet av den grunn også får større troverdighet.

Vi vil også nevne vår rolle som forskere og avhengigheten mellom oss og oppdragsgiver, og mellom oss og omgivelsene. Leder ved DPS Stjørdal hørte om våre planer og ønsket at vi skulle prøve ut vår medvirkningsbaserte intervensjon. Hun ble dermed vår oppdragsgiver. På denne måten mener vi at resultatene fra oss som forskere ikke ble påvirket av oppdragsgivers interesser, ut fra kravet om troverdig framstilling. Fra vårt ståsted som forskere var leders tilstedeværelse en forutsetning for å få en helhet i intervensjonen. På den andre siden ser vi at dette også kunne påvirke prosessen.

I følge Jacobsen (2005) er forskning i seg selv en nøytral aktivitet. Forskerens ansvar er å søke kunnskap, og ikke hva kunnskapen skal brukes til. Det hevdes imidlertid at det ikke er mulig å tenke seg en helt verdifri og nøytral forskning. Relatert til vår forskning var vi som forskere styrt av våre egne verdier og har ut fra disse valgt en problemstilling som engasjerer oss. Med bakgrunn i dette er det viktig å ha en bevissthet i forhold til at respondentenes stemmer blir hørt uten å lete etter det som bekrefter eller forsterker egne forventninger til resultatet.

Ved å bruke fortellingene til den enkelte kunnskapsarbeideren som kilde til refleksjon og ny kunnskap, ønsket vi å skape en utviklingsrettet dialog om samhandling mellom fastleger og behandlere i spesialisthelsetjenesten. Som forskere hadde vi designet en medvirkningsbasert intervensjon, og var selv en del av denne gjennom at vi også hadde rollen som veiledere. Empirien i denne avhandlingen vil derfor være basert på våre fortellinger om og egne beskrivelser av konteksten og den medvirkningsbaserte intervensjonen. Vi vil benytte sitat fra respondentenes fortellinger og refleksjoner for å illustrere intervensjonen, og har valgt å bruke sitat fra begge gruppene.

I det følgende kapitlet vil vi presentere empirien gjennom å beskrive konteksten for undersøkelsen, gjøre rede for hvordan vi operasjonaliserte den medvirkningsbaserte intervensjonen og drøfte dette i lys av teori omtalt i kapittel 2.0.

4.0 Presentasjon av empiri og drøfting av data

Vi vil i dette kapittelet se hele intervensjonen i lys av problemstillingen, **bruk av fortellinger og refleksjon for å skape ny kunnskap og samhandling mellom kunnskapsorganisasjoner**. Vi har valgt å knytte trinnene i intervensjonen til del en av problemstillingen, **en medvirkningsbasert intervensjon som kan bidra til at kunnskap vokser fram gjennom refleksjon og anerkjennelse**. Siste trinnet i intervensjonen, metarefleksjon over prosessen, har vi valgt å knytte til del to av problemstillingen. **Kan medvirkningsbasert intervensjon bidra til læring og nye forutsetninger for samhandling mellom kunnskapsarbeidere?**

Som vi har beskrevet i metodekapittelet gjennomførte vi intervensjonen som en iterativ prosess, hvor respondentene vekslet mellom tale- og lytteposisjoner. Det uformelle møtet med respondentene og introduksjonen vi hadde før vi startet selve intervensjonen, definerer vi som en viktig del av den kunnskapshjelpende konteksten. For å belyse del en i problemstillingen, vil vi starte med en beskrivelse av disse enkeltdelene av konteksten og drøfte dem i lys av relevant teori. Vi vil deretter beskrive trinnene i selve intervensjonen, narrativ samtale og refleksjon, reflekterende team, samtalen om samtale og leders refleksjoner. For å få best mulig flyt i oppgaven, har vi valgt å drøfte de enkelte trinnene fortløpende. Vi vil illustrere det som kom fram gjennom sitat fra respondentenes fortellinger og refleksjoner som er gjennomgående for hele intervensjonen. Del to av problemstillingen vil vi forsøke å besvare gjennom å se hele intervensjonen i et læringsperspektiv, der respondentenes stemmer i forhold til selve prosessen vil komme fram.

4.1 En medvirkningsbasert intervensjon som kan bidra til at kunnskap vokser fram gjennom refleksjon og anerkjennelse

Vi vil i dette kapittelet innlede med å beskrive det uformelle møtet vi hadde med respondentene og vår introduksjon til selve intervensjonen. Konteksten for øvrig inngår som en del av det som ble gjort og skapt gjennom hele intervensjonen.

4.1.1 Det uformelle møtet med respondentene

DPS Stjørdal stilte lokaler til disposisjon for begge undersøkelsene, og vi la vekt på å skape en kontekst med tanke på at respondentene kunne bli litt kjent med hverandre og med oss og forberede seg om oppgaven. Vi prøvde sammen med leder å bidra til at de ble tatt i mot på en hyggelig og respektfull måte. Vi håndhilste og presenterte oss og ønsket dem velkommen.

Etter hvert som respondentene ankom presenterte de seg for hverandre. Noen kjente hverandre fra før, mens noen uttrykte at det var hyggelig å se ansiktet til en person de kun kjente navnet på tidligere. Alle ble samlet i et rom, rundt et felles bord, og det ble servert et måltid. Det uformelle møtet var preget av en avventende, positiv og litt spørrende holdning til det som skulle skje. Til tross for dette satt latteren løst og praten gikk lett i den uformelle settingen.

Både vi og respondentene fikk i løpet av denne timen mulighet til å samle oss, senke skuldrene og prate og bli litt kjent med hverandre. Før vi kom dit opplevde vi at vårt eget spenningsnivå var ganske høyt i forhold til oppgaven vi hadde tatt på oss. Når vi møtte respondentene ansikt til ansikt, pratet om løst og fast og spiste sammen, merket vi begge at vi ble mer avslappet.

Etter omtrent en time avsluttet vi måltidet og gikk sammen til rommet hvor selve intervusjonen skulle gjennomføres. Leder ønsket velkommen og forklarte litt om bakgrunnen for samlingen sett fra DPS sitt ståsted, og som oppdragsgiver for oss som forskere. Deretter ble vi introdusert som to masterstudenter som skulle hjelpe til med gjennomføringen. De fleste respondentene var ukjente for hverandre. Vi merket at den uformelle konteksten som var i ferd med å skapes, bidro til en trygg atmosfære som i følge Newell et. al (2002), er viktig for å skape et klima for refleksjon og meningsutveksling. Vi har valgt å ta med et sitat som illustrerer klimaet i den uformelle konteksten:

...det var noen kommentarer som gikk igjen når vi møttes i kantina, at jøss, er det sånn du ser ut, har bare sett navnet ditt og ikke ansiktet ditt, og det med å ha et ansikt... senker terskelen for å ta kontakt...

Ut fra at respondentene var fastleger og behandlere kan vi definere dem som kunnskapsarbeidere. I følge Irgens (2007) er dette fagpersoner eller profesjonelle i møte med pasienter eller klienter og har stor grad av autonomi i arbeidssituasjonen. Selv om behandlerne og noen av fastlegene hadde sitt arbeid i faglige fellesskap, utfører de pasientrettet arbeid alene og ut fra egne spesifikke kunnskaper.

Ut fra Sewerins (1996) påstand om at det å bli en del av en gruppe er noe av det mest utviklende mennesker kan gjøre, og samtidig det vanskeligste som finnes, kan vi anta at våre

respondenter, som kunnskapsarbeidere, ville oppleve det vanskelig å bli en del av denne gruppen. Å bli en del av gruppen betydde at de måtte forlate sin ensomhet og isolering i rollen som fastlege eller behandler, og erstatte uavhengighet med avhengighet til gruppen. Den uformelle konteksten, med hilsing, prat, spising og latter bidro etter vår oppfatning, til å gjøre det mindre vanskelig for respondentene å bli del av denne gruppen, selv om det var knyttet usikkerhet til hva som skulle skje. På den andre siden kan det hende at vår tolkning av verdien av denne konteksten var relatert til vår egen usikkerhet og den tillitskapende effekten vi opplevde den uformelle konteksten hadde på oss selv. Flere av respondentene uttrykte at nettopp en felles møteplass med samarbeidspartnere var etterlengtet i deres arbeidshverdag. Ut fra disse utsagnene kunne det se ut som at det å bli del av en slik gruppe var akkurat det de ønsket og hadde behov for, og at det var utviklingsaspektet med å bli del av gruppen de fokuserte på.

Sewerin (1996) omtaler fortellingen som invitasjon til samtale, enten en indre samtale med seg selv eller en dialog med andre mennesker. Vår refleksjon rundt dette er at det gjennom samtalene som gikk mellom oss og respondentene og respondentene imellom, allerede i det uformelle møtet begynte å utveksles fortellinger. Disse fortellingene inviterte til personlige samtaler både med seg selv, for å plassere seg i den aktuelle settingen, og til dialog med de andre respondentene, som hadde et annet ståsted enn de selv. Relatert til forfatterens påstand om språkets betydning som døråpner til kunnskap om virkeligheten (Sewerin, 1996), kan vi trekke en parallell til at språket, gjennom at respondentene delte sine fortellinger med hverandre, allerede på dette tidspunktet, ”åpnet døren på gløtt” for kunnskap om hverandres virkelighet.

4.1.2 Introduksjonen før selve intervensjonen

Intervensjonen skulle gjennomføres i et stort og lyst rom. Kaffe og kake sto på et bord da vi ankom dette rommet. Vi hadde på forhånd organisert bord og stoler tilpasset intervensjonen og hengt opp flip-overark med beskrivelse av tidsramme, ideen bak intervensjonen og de ulike trinnene i prosessen. Vi hadde plassert en båndopptager på hvert av bordene. Da vi kom inn i dette rommet merket vi at praten avtok, respondentene kikket seg rundt og var opptatt av hvor de skulle sitte. Småpratene tok seg raskt opp etter hvert som koppene ble fylt med kaffe og etter en kort stund satte alle seg på anviste plasser. En fastlege og en behandler var i en

gruppe sammen med en av veilederne. De andre respondentene ble plassert i det reflekterende teamet sammen med den andre veilederen. Leder ble plassert for seg selv som observatør.

Etter innledningen fra leder ble ”scenen” overlatt til oss som veiledere. Vi plasserte oss i rommet slik at vi kunne ha blikkontakt med alle respondentene. Vi startet med å takke for at de ville delta på samlingen, og uttrykte ydmykhet overfor oppgaven vi hadde påtatt oss. Vi tillot oss å minne om at vi i tillegg til å utføre et oppdrag, også var studenter i en læresituasjon. Vi innledet med å fortelle kort om masterstudiet og litt om oss selv og vår bakgrunn, deretter presenterte alle seg. I introduksjonen av selve intervensjonen la vi vekt på å gi en mest mulig detaljert beskrivelse av det som skulle skje og gikk gjennom intervensjonen trinn for trinn. Rollene til alle involverte ble avklart og vi fikk aksept for vårt ønske om time-out dersom vi følte behov for det underveis. På avslutningen av introduksjonen sjekket vi ut om det var noen spørsmål knyttet til det vi hadde presentert. FLIP-overarkene som hang på veggen var et supplement til den muntlige introduksjonen, og respondentene kunne se på disse i tillegg til å lytte til det vi sa. Til slutt ble det avklart å bruke båndopptager under hele intervensjonen. Vi understreket at opptakene ville bli slettet etter transkribering, og at dataene som vi benyttet i avhandlingen ville bli anonymisert. Vi forklarte rollen til to personer som skulle skrive ned det som ble sagt. Dette ble begrunnet som en sikkerhet i forhold til eventuelle tekniske problemer.

I kapittel 2.4.2 omtaler vi det Von Krogh et. al (2007) benevner kunnskapshjelpende kontekst, i betydningen felles møteplasser hvor man kan utvikle gode relasjoner, også kalt *ba*. Relatert til vår intervensjon kan den kunnskapshjelpende konteksten, både det uformelle møtet med respondentene, introduksjonen vår, og alle trinnene i intervensjonen relateres til det forfatterne benevner *ba*, som de oversetter til et skapende miljø hvor kunnskap utveksles og skapes. Ut fra det vi ønsket å oppnå med intervensjonen, hadde vi tro på at de ulike trinnene eller delkontekstene, som vi har beskrevet i metodekapittelet, var den ”riktige kunnskapshjelpende konteksten” for det vi ønsket å skape sammen med respondentene. I vår introduksjon hadde vi fokus på at selve intervensjonen skulle skje i en trygg atmosfære, og at den uformelle settingen vi startet med dannet grunnlaget for å skape trygghet hos dem som enkeltpersoner og som gruppe. Da vi beveget oss til lokalet hvor selve intervensjonen skulle gjennomføres, merket vi tydelig at skifte av kontekst virket på respondentenes atferd. Vi mente derfor at det var viktig å la de vandre litt i rommet først, ta seg en kopp kaffe og fortsette småpratene for å opprettholde en viss form for trygghet. I introduksjonen vår sto

forventningsavklaring og kontaktskaping sentralt. Derfor var vi bevisst på at vi reiste oss og sto slik at vi kunne se alle. Relasjonsbygging, både mellom oss som veiledere og deltagerne og deltagerne imellom, anså vi som en viktig forutsetning for å kunne skape en kunnskapshjelpende kontekst, som skulle stimulere til nyskaping (Von Krogh et. al 2007) på tvers av forvaltningsnivåene.

Vi hadde forsøkt å forberede en grundig introduksjon og brukte god tid på å gå gjennom denne før vi startet selve intervensjonen. Vi fortalte dem om det som skulle skje, avklarte roller og sjekket ut med spørsmål om de hadde forstått. Vi opplevde at vi snakket til en lyttende forsamling, de nikket og ga uttrykk for at de var inneforstått med det som skulle skje. Rolleavklaringen og instruksjonen om hvem som skulle være i tale- og lytteposisjon og hensikten med dette, kan relateres til det Von Krogh et. al (2007) omtaler å øke den individuelle påliteligheten ved å utforme et *forventningskart*. Vår tolkning var at de avklaringene vi hadde i introduksjonen bidro til at det ble skapt en følelse av gjensidig avhengighet (Elkjær, 2004) for at intervensjonen skulle bli vellykket. Det er grunn til å tro at introduksjonen bidro til å redusere spenningsnivået til alle som var tilstede, ikke minst gjaldt dette oss selv. I forhold til vår egen trygghet i den aktuelle situasjonen, hadde vi tro på at når vi følte oss trygge ville dette overføres til respondentene.

Ideen bak den medvirkningsbaserte intervensjonen var at fastlegene og behandlerne skulle bli kjent i og anerkjenne hverandres verden, og ha dette som utgangspunkt for en felles meningsskapende prosess. Intensjonen var at respondentene ble invitert med på leting etter foretrukne eller hensiktsmessige handlingsalternativer, som skapte ”mening” i samhandlingen for den enkelte. Vi vil i det følgende presentere og drøfte intervensjonen trinn for trinn, og illustrere det som kom fram gjennom sitat fra respondentenes fortellinger og refleksjoner. Det første trinnet i intervensjonen, narrativ samtale og refleksjon, blir også omtalt som ”samtalsituasjonen” i drøftingen.

4.1.3 Narrativ samtale og refleksjon

To respondenter, en fastlege og en behandler, satt ved et bord sammen med en veileder. Personene i denne gruppen var plassert på en slik måte at de andre kunne høre hva som ble sagt, uten at de hadde direkte blikkontakt med det reflekterende teamet. Veileder innledet samtalen med en kort repetisjon av det som skulle skje, og forklarte den enkeltes rolle i forhold til å være i tale- og lytteposisjon og hva som var hensikten med dette. Respondentenes

forståelse for det som skulle skje i denne samtalsituasjonen ble fortløpende sjekket ut med spørsmål. Stemningen var avventende spent, og bortsett fra veileder som snakket, var det stille i rommet. Samtalen tok først utgangspunkt i fastlegens fortellinger om samhandlingen med DPS Stjørdal. Personen ble bedt om å snakke kun til veileder. Det reflekterende teamet var i lytteposisjon mens samtalen pågikk.

Veileder snakket med de to personene en og en, og de byttet på å være i tale- og lytteposisjon. Den som var i lytteposisjon i første del, reflekterte over det vedkommende hadde hørt personen si, og omvendt. Den narrative samtalen ble innledet med noen veiledende spørsmål, for å få personen til å fortelle litt om seg selv, både som menneske og fagperson, og for å ”samle tankene” omkring temaet samhandling:

Hva er samhandling for deg?

Hva trives du mest / minst med i jobben din?

Hvis jeg skal danne meg et inntrykk av din arbeidsplass og arbeidssituasjon, hva ville du fortalt meg da?

Hvilken betydning har samhandling med andre for deg?

Hensikten med spørsmålene var å etablere kontakt mellom veileder og respondent og å skape ro i situasjonen. Spenningsnivået som man kjente på i denne situasjonen kan illustreres med følgende sitat, fra en av respondentene:

Det er jo ubehagelig da, sånn personlig, man eksponerer jo seg for masse kolleger, som en ikke kjenner...

Vi tolker dette sitatet som at fastlegen understøtter viktigheten av å skape en trygg atmosfære, slik at konteksten har et klima som stimulerer til refleksjon og meningsutveksling (Von Korgh et. al 2007). Etter at samtalen hadde pågått en stund, merket veileder stor grad av tilstedeværelse i situasjonen, både hos respondenten og hos seg selv. For veileder var det viktig å ha fokus på det Von Krogh et. al (2007) omtaler som tillitskapende atferd. Samtalen var preget av aktiv lytting, og veileder forsøkte å være bevisst eget kroppsspråk, som sittestilling, blikkontakt, anerkjennende nikk og smil.

Etter de innledende spørsmålene beveget samtalen seg inn på personens erfaringer knyttet til samhandling, som personen var spesielt opptatt av. Veileder la vekt på å henvende seg på en høflig, vennlig og respektfull måte og tok i mot personens fortellinger. Følgende sitat illustrerer den innledende fasen av samtalen:

Gruppe 1

Jeg tenker mest på dette med brukerperspektivet, at vi klarer å tenke på tvers av tjenestene, og ikke den søyletankegangen, som har preget oss veldig lenge. Vi glemmer å tenke på pasientflyten. Vi tenker ikke på hva som er best for brukeren. Vi har veldig mye å gå på der.

Gruppe 2

Jeg trives veldig godt med samhandling, både med kolleger og andre yrkesgrupper. Har vært veldig opptatt av det og prøvd å fungere mot det. Paradokset er at jeg har blitt mer og mer isolert i min egen virksomhet... Jeg har egentlig mer og mer spisset min virksomhet til å bli allmennpraktiker, som sitter på mitt kontor

Begge disse sitatene er fra fastleger. Sitatet fra gruppe en viser at respondenten har fokus på pasienten. Vi tolker dette som at fastlegen tidlig i samtalen våget å komme inn på utfordringer knyttet til samhandling ut fra et pasientperspektiv. Vi tolker sitatet fra gruppe to som at fastlegen omtaler seg selv som kunnskapsarbeider (Irgens, 2007) og belyser dilemmaet mellom et ønske om å samhandle og at *jeg har blitt mer og mer isolert i min egen virksomhet*. I og med at begge sitatene tar utgangspunkt i problemer eller utfordringer knyttet til samhandling, gjenspeiler dette at åpenhet og oppriktighet var til stede fra første stund, og at problembeskrivelsene (Lundby, 2000) startet allerede i den innledende fasen av samtalen. Selv om samtalsituasjonen i den aktuelle konteksten var uvant for dem begge, velger vi å tolke denne åpenheten og oppriktigheten til at respondentene følte stor grad av trygghet i situasjonen. Etter vår oppfatning bidro både det uformelle møtet med respondentene og introduksjonen med forventningsavklaring og kontaktskaping, til en trygg atmosfære. I forhold til de fire ledende prinsippene for gode samtaler som Von Krogh et. al (2007) omtaler, kan disse sitatene tyde på at prinsippene om å oppmuntre til aktiv deltagelse og å utvikle etikette for samtaler var ivaretatt og at konteksten bidro til at det skapende element ble understøttet.

Hensikten med den narrative samtalen var å lokke fram fortellinger og bidra til at respondentene delte erfaringer både i forhold til utfordringer knyttet til samhandling og fortellinger om å få det til. Etter den innledende fasen ble samtalen ledet fremover gjennom

spørsmål, som ble stilt for å få fram beskrivelser av personens fortellinger om utfordringer knyttet til samhandling. Dette ble forsøkt gjort på en slik måte at utfordringene eller problemene verken ble knyttet til personen eller personens relasjoner til andre, det som Lundby (2005) benevner eksternaliserende samtale:

Har du noen historier som beskriver noen utfordringer i forhold til samhandling med fastleger / behandlere?

Er det noe spesielt fra den konkrete situasjonen som du husker og som du vil dele med oss?

Kan du utdype det litt mer?

Hvordan er det for deg når det er slik du beskriver?

Hvordan virker det på deg å ha det slik?

I denne fasen av samtalen forsøkte veileder, ut fra noen veiledende spørsmål, å lokke fram fortellinger om det personen opplevde som utfordringer eller problematisk knyttet til samhandling. I løpet av samtalen ble ikke spørsmålene stilt i den lineære rekkefølgen, slik de fremstår ovenfor. I praksis gikk de litt om hverandre, og noen ganger kom fortellingene av seg selv uten at veileder trengte å stille spørsmål, mens andre ganger var det naturlig å stille ett eller flere av spørsmålene. De veiledende spørsmålene, som vi har valgt å ta med her, er ment som en illustrasjon på narrative spørsmål som veileder kunne ha som utgangspunkt for samtalen. Spørsmålene illustrerer imidlertid kun ord, og ikke stemmebruk, kroppsspråk eller hvordan relasjonen var i samtalen. Lundby (2000) viser til Tomm (1992), som hevder at den følelsesmessige holdningen spørsmål stilles ut fra er av overordnet viktighet, og at mennesker reagerer på mye mer enn ord. De veiledende spørsmålene er listet opp for å gi leseren innblikk i spørsmål som kunne benyttes i den narrative samtalen og kan på den måten gi inntrykk av at det var en ren intervjusituasjon. I praksis forsøkte veileder å tilstrebe en mer uformell samtalsituasjon om temaet samhandling. Spørsmålene må derfor settes i sammenheng med den konkrete konteksten, der relasjonen mellom respondenten og veileder og måten spørsmålene ble stilt på var av stor betydning for å ivareta den enkelte og hele gruppen. I følge Sewerin (1996) har det sin pris å gi slipp på sin uavhengighet gjennom å bli en del av en gruppe. Det kan allerede her se ut som de psykiske strukturene hos enkeltpersonene i samtalsituasjonen var i ferd med å bli erstattet av strukturer, som var bærende for gruppen. Det er rimelig å anta at både veileder og respondent var spent på hverandres forventninger i

den aktuelle situasjonen. Derfor var det naturlig å innlede med noen generelle spørsmål knyttet til personens arbeidssituasjon og samhandling med andre.

Spørsmålene ble forsøkt stilt ut fra der personen befant seg, og det som personen kommuniserte, både verbalt og non-verbalt, var hele tiden utgangspunktet for neste spørsmål. Veileder forsøkte gjennom hele samtalen, både med ord og kroppsspråk, å vise varhet overfor den enkeltes personlige grenser. Denne varheten kunne komme til uttrykk ved at veileder gjorde det Von Krogh et. al (2007) omtaler som innsnitt i samtalen. I denne sammenheng kunne det være at veileder vurderte når og hvilke spørsmål som kunne stilles, eller hvordan og med hvilken holdning spørsmålene ble stilt. Å ”be om lov” til å stille spørsmål som gikk på personen selv kan være et eksempel på dette. Det kunne være en balansegang å redigere samtalen for mye eller for lite. Noen ganger kunne spørsmål virke forstyrrende på personens resonnement, og bidra til at samtalen stoppet litt opp, mens andre ganger kunne et spørsmål være forløsende og bringe samtalen videre (Von Krogh et. al 2007). For å kunne ta inn respondentens fortellinger uten selv å dominere, var det viktig at veileder lyttet til det Andersen (2006) benevner den *indre* stemmen. Slik vi tolker det kan den *indre* stemmen i denne sammenheng knyttes til at veilederen forsøkte å være bevisst å holde fokus på det personen formidlet og samtidig lytte til innholdet i den *indre* stemmen i forhold til å kunne nyttiggjøre seg dette i samtalsituasjonen. Dette kunne se ut til å være avgjørende for progresjonen og energien i samtalen. På den måten kunne veileder kjenne når det var naturlig å utfordre respondenten på det personlige planet, og når det følte riktig å la respondenten snakke uten å gjøre innsnitt. Relatert til det Von Krogh et. al (2007) omtaler som det andre prinsipp for gode samtaler, å utvikle en etikette for samtalen, handler dette om at veileder var bevisst på ikke å utøve autoritet ut fra sin posisjon og ikke styre samtalen i en bestemt retning.

I første del av de narrative samtaler opplevde vi at flere av respondentene valgte å starte med å beskrive positive erfaringer med samhandlingen med fastlege eller behandler. Vi tolker det slik at dersom man lyttet etter problembeskrivelsene i disse fortellingene, så kunne de ligge implisitt i disse fortellingene. Det kunne også se ut som at noen av respondentene brukte anerkjennelse som innfallsvinkel til problembeskrivelsene. Følgende sitat fra en behandler i gruppe to kan illustrere dette:

Gruppe 2

Det er ikke selve samhandlingen, altså, når jeg først får tak i fastlegen, så går alt etter planen. Så det er jo som jeg sier, dette med rutiner og kommunikasjon. Det er noe med infrastrukturen... Jeg må jo si at jeg synes det er irriterende å sitte som spesialist på sykehuset og skal ringe ut, og må sette meg i en endeløs telefonkø. At det ikke kunne være en snarvei gjennom i stedet for å vente, det blir slik at man utsetter samtaler.

Vi tolker dette sitatet som at måten spørsmålene ble stilt på bidro til at respondenten kom oss i møte med sine fortellinger. Gjennom den narrative tilnærmingen (Lundby, 2000) fikk vi fram beskrivelser av utfordringene eller problemene knyttet til samhandling på en respektfull måte. Selve grunntesen i narrativ tilnærming er at det ikke er personen som er problemet, heller ikke at problemet ligger i forholdet mellom folk. I den narrative samtalen ble det snakket om problemet som om det levde sitt eget liv, det var eksternalisert (ibid). Her kan vi se koblingen til det Rennemo (2006) omtaler som bruksteori og uttrykt teori. Vi kan tolke dette sitatet som at respondentens uttrykte teori for han ble en innfallsport til å nærme seg det som han så som utfordringene i samhandlingen. Vi kan si at personens uttrykte teori gjenspeiler seg gjennom at han starter med å si *Det er ikke selve samhandlingen, altså...* Det kan imidlertid se ut som *bruksteorien* kommer til uttrykk gjennom at han uttaler at *det blir slik at man utsetter samtaler*. I denne fasen av samtalen hadde veileder fokus på hvordan det å *utsette samtaler* virket på respondenten, ikke på selve problemet som var eksternalisert. På den måten bidro veileder til å gjøre det enklere å snakke om det personen opplevde som problematisk i forhold til samhandling, og å dele dette med de andre.

I og med at det å være profesjonell eller fagperson ikke skiller oss fra å være mennesker, ble spørsmålene stilt i den hensikt å få respondenten til å komme i berøring med seg selv. Gjennom å snakke om problemet som problemet forsøkte man å skape bevissthet om hvilken virkning problemet hadde på dem, både som fagpersoner og mennesker. Følgende sitat kan illustrere dette:

Gruppe 1

Hvis jeg hadde fått mer av kunnskapen som er her, så kunne jeg kanskje gjort litt mer som fastlege, før jeg eventuelt hadde sendt henvisning...Det er noe med å føle faglig trygghet.

Gruppe 2

Jeg har jobbet sånn cirka 30 år, og har opplevd en gang at 2.linjetjenesten har ringt meg og spurt; hva mener du om dette her? Og da begynner jeg å lure på det, er jeg ikke god nok? Jeg har jobbet med enkelte pasienter i ti år, jobbet ganske intenst, og så har jeg henvist dem og får aldri et spørsmål tilbake; Hva mener du om dette? Det overrasker meg.

Begge disse sitatene er hentet fra samtalsituasjonen med fastlegene. Sitatene illustrerer at det er forskjellig fokus i forhold til kunnskap som på hver sin måte kommer til uttrykk som utfordringer relatert til samhandling. Vi tolker disse sitatene at det gjennom den narrative samtaleformen ble ufarlig å snakke om problemer knyttet til samhandling. Det kan se ut som når respondenten ble invitert til å snakke om *problemet som problemet* (Lundby, 2000) ble det tydelig at de som enkeltpersoner ikke var selve problemet i forhold til samhandling, heller ikke at problemet hadde noe med deres forhold til personer de skulle samhandle med. Sitatet fra fastlegen i gruppe en tolker vi som at respondenten har behov for mer kunnskap for å føle faglig trygghet. På den måten kan det se ut som at hun selv mener å kunne dra nytte av kunnskapsdeling og en økt samforståelse (Wadel, 2005) i forhold til hvordan hun som fastlege og behandlerne kan utfylle hverandre som fagpersoner. Vi tolker sitatet fra gruppe to som at fastlegen er undrende til at hans kompetanse ikke er blitt etterspurt fra spesialisthelsetjenesten. I dette sitatet uttrykkes *Jeg har jobbet med enkelte pasienter i ti år, jobbet ganske intenst, og så har jeg henvist dem og får aldri et spørsmål tilbake; hva mener du om dette?* Vår tolkning av dette er at respondenten gir uttrykk for at han savner et likeverdig utgangspunkt for samhandling, der kunnskapen fra begge forvaltningsnivåene skal kunne komme til nytte i handling relatert til samhandling (Wadel, 2005). Det kan også se ut som at fastlegen gjennom uttalelsene *Er jeg ikke god nok?* og *Det overrasker meg* bringer fram følelser og refleksjon (Elkjær, 2004) i samtalen. Det kan se ut som at vi gjennom denne eksternaliseringen (Lundby, 2000) fikk fram respondentens subjektive opplevelse av hva utfordringene besto i.

Samtalen med behandleren i gruppe to gjenspeiler at fortellinger og refleksjon gikk litt om hverandre i det første trinnet i intervensjonen. Vi vil illustrere dette med følgende sitat fra samtalen med behandleren i gruppe to:

Gruppe 2

.. det er som sagt den kunnskapsbasen som fastlegene har og et bilde av et funksjonsnivå i en helt annen setting, altså.. vi ser jo stort sett at pasientene kommer med psykiatriske tilstander, men til fastlegene kommer de også med ulike andre tilstander.

Dette sitatet er fra samtalen med behandler i gruppe to som hadde lyttet til fastlegens fortellinger tidligere i samtalsituasjonen. Ut fra behandlerens uttalelse om at *kunnskapsbasen som fastlegene har, og et helt annet bilde av pasienten...* tolker vi det slik at behandleren anerkjenner fastlegens fortelling og at vi tidlig i intervensjonen mente å kunne registrere en *bevegelse i fortellingene* (Lundby, 2000). Gjennom refleksjon og forsterkning av den ”opprinnelige fortellingen” kan det se ut til at den er blitt *rikere beskrevet*. Her kan det også se tyde på at det har skjedd en bevisstgjøring (Gotvassli, 2007) hos behandleren i forhold til betydningen av fastlegens kunnskap i pasientbehandlingen. Dette viser at trinnene i intervensjonen ikke fulgte en lineær struktur, men at refleksjonsprosessene gikk litt frem og tilbake som en iterativ prosess. Det var også selve hensikten med den medvirkningsbaserte intervensjonen.

Gjennom den narrative samtalen mente vi å se at fortellingene bidro til en åpen kommunikasjon og økt bevissthet og selvinnsett. Vi vil illustrere dette med følgende sitat fra en av fastlegene:

Gruppe 1

Den situasjonen som psykiatriske sykepleiere har synes jeg er interessant, for de har mer direkte kontakt med DPS. Jeg som fastlege vet ikke alltid hva som skjer der, er for lite med kanskje..., og får ikke samme innsynet.. Jeg erfarer jo at DPS har masse kunnskap som jeg gjerne skulle hatt tak i, og dette med veiledning... Vet det er mye kunnskap der jeg kunne ha brukt. Skulle ønske å finne en måte å få til dette på.

Relaterer vi dette sitatet til Johari vindu (Gotvassli, 2007), kan vi si at fastlegens fortelling i denne sammenheng representerer *den eksplisitte kunnskapen* (Nonaka og Takeuchi, 1995). Ut fra denne modellen tolker vi at fastlegens kunnskap på dette tidspunktet i samtalen er taus og

ubevisst og ukjent både for henne selv og for de andre. Ut fra dette kan vi relatere situasjonen til det *skjulte* feltet i modellen. Fastlegen setter ord på sine erfaringer om samhandling og uttaler *Jeg som fastlege vet ikke alltid hva som skjer der, er for lite med kanskje..., og får ikke samme innsynet...* Dette kan tyde på at hun underveis i samtalen blir bevisst og erkjenner et behov for samhandling. Vi tolker dette sitatet som at fastlegen gjennom selve *handlingen*, å sette ord på sine opplevelser og manglende *samaktivitet* i forhold til *samhandling* (Wadel, 2005), bidro til økt bevissthet og selvinnsett (Cummings og Worley, 2005). Vår tolkning av dette er at det kan se ut som at det allerede i samtalsituasjonen ble skapt en bevegelse i tid, fra fortid til nåtid (Lundby, 2000). Vi tilskriver bevegelsen som vi mener å se i fortellingen til at det *åpne feltet* i Johari vindu ble utvidet og at det *blinde* feltet ble mindre.

Som alle modeller, gir Johari vindu (Cummings og Worley, 2005) et forenklet bilde av virkeligheten. Slik vi har valgt å tolke sitatene i lys av denne modellen i denne sammenheng, vil en utvidelse av det åpne feltet i modellen ikke være ensbetydende med at respondentene har fått en felles oppfatning av virkeligheten, men mer en delt oppfatning av hverandres virkelighet og en samforståelse (Wadel, 2005) i forhold til samhandling. Dette begrunner vi med at tolkningen av fortellingene vil kunne påvirkes av den enkeltes mentale kart eller grunnleggende antagelser, og om det skjer assimilasjon eller akkomodasjon (Rennemo, 2006) i denne tolkningsprosessen. Dette vil vi omtale nærmere på når vi belyser intervensjonen i et læringsperspektiv i del to i dette kapittelet.

I den narrative samtalen kunne vi registrere at spørsmålene som ble stilt i seg selv bidro til å sette i gang refleksjon. Vi vil vise dette med et sitat fra fastlegens svar på et av spørsmålene i den narrative samtalen:

Gruppe 2

Nei, jeg har egentlig ikke reflektert så mye på det før, det har vært en rutine, altså vi henviser. Jeg tenker på, at med økende alder og økende erfaring... Jeg vet at det sitter ganske unge kollegaer inne på sykehusene, som kanskje burde få lov til å vite mer om den enkelte pasienten, og da er det naturlig å snakke med fastlegen, som kjenner pasienten over veldig mange år. Jeg tror vi har ganske mye å bidra med til 2.linjetjenesten om kunnskap.

Ser vi dette sitatet i lys av Johari vindu (Cummings og Worley, 2005), kan vi tolke fastlegens utsagn: *nei, jeg har egentlig ikke reflektert over det før, altså vi henviser...* som at

spørsmålene i seg selv satte i gang refleksjon hos samtalepersonen. Underveis i samtalen ”oppdager” han sider ved samhandling som omhandler mer enn det å *henvise* pasienter. Han sier at *jeg vet det sitter ganske mange kollegaer inne på sykehusene, som kanskje burde få lov til å vite mer om den enkelte pasient, og da er det naturlig å spørre fastlege, som kjenner pasienten over flere år.* Dette kan vi tolke som at fastlegen oppdaget sider ved samhandlingen som handler om at spesialisthelsetjenesten burde henvende seg mer til fastlegen for å få mer kunnskap om pasienten. Dette kan vi tolke som at det åpne feltet i Johari-vinduet (Cummings og Worley, 2005) utvides både for han selv og tilhørerpersonene som nå vet mer om hva fastlegen vektlegger i forhold til samhandling. Han avslutter med å si at *Jeg tror vi har ganske mye å bidra med til 2.linjetjenesten om kunnskap.* Slik vi tolker dette sitatet kan det se ut som at etter hvert som den tause kunnskapen ble artikulert kunne respondenten oppdage nye sider ved samhandling. Her mener vi å kunne se en dynamikk i samtalen som vi kan relatere til det Lundby (2005) omtaler som *bevegelse i fortellingen.* På den måten kan det se ut som at fastlegen bidro til at det *skjulte feltet* i Johari vindu (ibid) ble mindre og det *åpne feltet* ble utvidet.

Ved at vi gjennomførte intervensjonen to ganger på to ulike grupper ble det tydelig at respondentenes oppfatning av virkeligheten var forskjellig. Dette understøtter at det ikke finnes *en sannhet* som er riktig for alle, men at oppfatningen av virkeligheten er subjektiv (Lundby, 2000). Andre respondenter ville gitt andre beskrivelser av ”sin virkelighet”. Ut fra den narrative metaforen ga fortellingene en forenklet beskrivelse av personens opplevelser og erfaringer knyttet til samhandling. Erfaringene kom til uttrykk gjennom en forståelig ramme ved å bli fortalt (ibid). Dette forstår vi som at hver gang respondentene formidlet en fortelling om utfordringer knyttet til samhandling, ble noen årsaker framhevet, mens andre ble utelukket. På den måten kan vi si at hver fortelling var et produkt av personens egen tolkning av sine erfaringer. Vår tidligere omtale av respondentenes fortellinger knyttet til temaet *kunnskap*, kan være et eksempel på dette. Det kunne se ut som at personlige egenskaper og fagkompetanse påvirket den enkeltes tolkning av sine erfaringer (Lundby, 2000). Den yngre legen som hadde kort arbeidserfaring som fastlege hadde fokus på den kunnskapen som DPS hadde og som hun kunne ha god bruk for. Legen med lengre erfaring hadde fokus på sin egen kompetanse som han mente DPS ikke etterspurte.

Etter utforskningen av personens problembeskrivelser, stilte veileder spørsmål for å få fram *unntak* fra det som personen hadde beskrevet som problemfylt. Hensikten med disse

spørsmålene var å få tak i alternative historier, som sa noe annet enn det personen hadde beskrevet som utfordringer eller problemfylt. På den måten ønsket veileder å lokke fram fortellinger som beskrev mer positive erfaringer fra samhandling:

Du har beskrevet situasjoner som beskriver utfordringer knyttet til samhandling, er det noen ganger du har opplevd situasjoner som er annerledes enn de historiene du nettopp har delt med oss?

Hva var det som var annerledes / spesielt med denne situasjonen?

Hva annet husker du fra denne hendelsen?

Var det noe spesielt som skjedde i forkant av den aktuelle situasjonen?

Hva sier dette om deg selv som menneske / fagperson?

I denne delen av samtalen forsøkte veileder å være bevisst på å holde fokus ved å vise interesse for det personen var opptatt av gjennom å stille oppfølgingsspørsmål til det som ble sagt. Hensikten med spørsmålene i denne fasen av samtalen var å få fram beskrivelser av situasjoner som var annerledes enn de problemfylte fortellingene, som nettopp var beskrevet. I denne delen av samtalen lå det anerkjennende og forsterkende elementet i å koble fortellingene til personens ferdigheter og verdier (Lundby, 2000). Oppfølgingsspørsmålene ble stilt for å utforske konkrete situasjoner knyttet til positive erfaringer med samhandling. Følgende sitat kan illustrere noen fortellinger som kom fram:

Gruppe 1

...jeg prøver å delta så ofte jeg kan på ansvarsgruppemøter. Det er en utfordring å få tid til alt, for det går som regel på bekostning av direkte pasientkontakt. Det er en balansegang det der.

Gruppe 2

Det som er å foretrekke i en slik situasjon er at fastlegen ringer inn med sin pasientkunnskap, og en antageligvis mer helhetlig kunnskap enn det vi har. Så kan vi på en måte bidra på det feltet vi kan, og så kan fastlegen sette det inn i sin kontekst. Jeg tror at vi kan ordne veldig mye på kort tid, egentlig..

I det første sitatet i gruppe en sier fastlegen at *jeg prøver å delta så ofte jeg kan på ansvarsgruppemøter. Det er en utfordring å få tid til alt, for det går som regel på bekostning av pasientkontakt*. Vi kan tolke dette sitatet som at respondenten formidler dilemmaet hun som fastlege står i når det gjelder å samhandle. Det kan se ut som at fastlegen her viser at på tross av hennes vilje og ønske om å delta i samhandlingen, formidler hun samtidig at hun med

sitt fravær av deltagelse ikke bidrar til å skape en ”ønsket” samforståelse (Wadel, 2005) i forhold til å ta i bruk andre handlingsalternativer i forhold til samhandling. På den andre siden kan det se ut som at fastlegen med sin åpenhet i samtalsituasjonen kan ha bidratt til økt forståelse for hverandres virkelighet og på denne måten bidratt til en form for *samforståelse* (ibid) i forhold til det å ”samhandle om å samhandle”. Gjennom denne samforståelsen kan vi tolke det som at fortellingen kan ha bidratt til at det *åpne feltet* i Johari-vinduet er blitt utvidet og det *skjulte feltet* er blitt mindre (Cummings og Worley, 2005).

Det andre sitatet er hentet fra samtalen med behandler, der veileder stilte et oppfølgingsspørsmål knyttet til en *unntaksbeskrivelse*, som i denne sammenheng handler om å dreie fokus i samtalen fra utfordringer knyttet til samhandling til et mer løsningsorientert fokus (Lundby, 2000). Her uttaler behandleren at *det som er å foretrekke i en slik situasjon er at fastlegen ringer inn med sin pasientkunnskap, og en antageligvis mer helhetlig kunnskap enn det vi har...* Vår tolkning av dette er at det kan se ut som at behandleren formidler en *foretrukket historie* (Lundby, 2000) der han ser verdien av fastlegens kunnskap og erfaringer i pasientbehandlingen. Det kan synes som at han vektlegger den personlige kontakten mellom behandler og fastlege for at det for han skal gi *mening* i samhandlingen (Haslebo og Nielsen, 2003). Ut fra dette kan vi tolke at i tillegg til en skriftlig formidling fra fastlegen, for eksempel gjennom henvisning, kan det se ut som at det er den personlige kontakten som bidrar til *samforståelse* og en annen type handling i forhold til å samhandle (Wadel, 2005).

Måten vi kan se at den narrative samtalen bidro til samforståelse kan også illustreres med flere sitat som vi ikke vil utdype spesielt i drøftingen:

Jeg hadde telefonisk kontakt med en fastlege for noen dager siden, og det gikk på anbefaling av medisiner. Jeg liker å møte og snakke med kolleger og ta opp slike ting.

Vi er alle sammen aktører på ulike nivåer som skal forsøke å bistå folk på det som er det mest hensiktsmessige nivået. Og da ser jeg meg selv som en brikke. Jeg har bred kompetanse, og så har jeg noen helt åpenbare ting jeg ikke kan holde på med. Når jeg som erfaren allmennlege kommer med en forespørsel til spesialistene, så bør de ta det på alvor, altså når jeg ber om bistand så er det veldig gjennomtenkt.

I den narrative samtalen ønsket vi å skape mest mulig åpenhet gjennom å møte respondentene på en positiv og respektfull måte. Vi har tidligere nevnt Sewerin (1996) som sier at språket er

en viktig døråpner til kunnskap om virkeligheten. Vi arbeidet på forhånd mye med spørsmålsformuleringene, og vi var opptatt av å stille spørsmålene på en slik måte at respondentene skulle føle seg bekvem med å dele sine fortellinger med de andre. Vi erfarte imidlertid, spesielt den andre gangen vi gjennomførte intervensjonen, at veileder i samtalsituasjonen kunne oppleve de veiledende spørsmålene som en barriere for flyten i samtalen. I den situasjonen var det naturlig å ha mer fokus på samtalen og mindre fokus på spørsmålene. Dette kunne se ut til å ha bidratt til en mer naturlig samtalsituasjon og til at veileder klarte å være mer tilstede i samtalen. Dette understøttes av Lundby (2000), som sier at illustrasjoner på ulike typer narrative spørsmål, ikke må ses på som en oppskrift på hvilke type spørsmål som skal stilles i hvilken rekkefølge.

Når respondenten hadde fått beskrevet utfordringer og gitt rike beskrivelser av positive erfaringer med samhandling, byttet personene roller. Den som hadde lyttet i første del av samtalen ble invitert til å komme med sine refleksjoner på det vedkommende hadde hørt, mens den som hadde vært i taleposisjon fikk beskjed om å lytte til refleksjonene. Veileder forsøkte å få fram refleksjonene gjennom åpne spørsmål:

Hva tenker du om det fastlegen / behandleren har sagt?

Hva er du mest / minst overrasket over?

Er det noe du vil trekke fram og som var gjenkjennbart for deg / ga gjenklang hos deg selv?

Hvis personen gjennom sine refleksjoner sporet av, kunne følgende spørsmål stilles for å hente personen tilbake til refleksjonsposisjonen:

Hva var det fastlegen / behandleren sa, som gjorde at du fikk akkurat den assosiasjonen?

Vi lar følgende sitat illustrere noen av refleksjonene som respondentene kom med:

Gruppe 1

Syns det var interessant å høre fra det perspektivet der. Kjenner meg en del igjen fra min tid som kommunelege, særlig de søylene og interessefellesskapene vi står i. Vanskelig å få til den tverrkommunikasjonen på en god måte, og det gjelder jo ikke bare i kommunen, men også i dette huset.

Gruppe 2

Jeg føler meg litt truffet til det å skulle ta kontakt med fastlege da, gjør jeg. Så jeg tenker det at lokal kunnskap er faktisk en veldig viktig faktor og for meg som behandler så er det en fordel å vite nok om pasienten.
... Så jeg følte meg skikkelig truffet altså.

Gjennom disse refleksjonene ble fortellingene fra samtalesituasjonen forsterket og anerkjent (Lundby, 2000). I sitatet fra behandleren i gruppe en får fastlegen anerkjennelse for sin problemforståelse, mens behandleren i gruppe to gjennom sine refleksjoner gir fastlegen anerkjennelse for sin oppfatning av at fastlegenes kunnskap ikke blir etterspurt i spesialisthelsetjenesten. Refleksjonene gjenspeiler at personene hadde lyttet til det som ble sagt, tenkt gjennom det de hørte og ga en tilhørerrespons ut fra dette (Andersen, 2005). Begge sitatene tolker vi slik at det som skapte *mening* for disse personene, var det de kjente seg igjen i og lot seg berøre av, både som fagpersoner og mennesker (Haslebo og Nielsen, 2003). Informasjonen som var formidlet gjennom fortellingene, ble assimilert ut fra tilhørernes personlige, mentale kart (Rennemo, 2006). Behandleren i gruppe to starter med å si *Jeg føler meg litt truffet til det å skulle ta kontakt med fastlege da, gjør jeg...* og avslutter med å si *Så jeg følte meg skikkelig truffet, altså*. Vår tolkning av dette sitatet er at behandleren ved å lytte til fastlegens fortellinger ”oppdaget” noe, og det kan virke som han var noe ”undrende” over ikke å ha ”oppdaget” dette tidligere. Det kan se ut som at behandleren lot seg bli utfordret av fastlegens fortelling og at dette bidro til å utvide hans mentale kart (Rennemo, 2006). På den måten kan det se ut som at behandleren anvendte bruksteori modell II ved å åpne opp og dermed kunne nyttiggjøre seg fortellingen i sin søken etter nye handlingsalternativer i forhold til samhandling (Lindseth og Norberg, 2004). Ut fra dette sitatet kan det se ut som at det skjedde en bevisstgjøring hos behandleren gjennom at han lyttet og reflekterte over fastlegens fortellinger. Dette kan se ut til å ha bidratt til at han oppdaget ”skjulte” handlingsalternativer som hadde ligget implisitt (Lundby, 2000). Vi kan også tolke sitatene slik at personene som befant seg i lytteposisjon var i stand til å høre noe mer og noe annet, enn om de hadde vært i dialog og skulle forberede et tilsvarende på det som ble sagt Dette viser at en tilhørerrespons alltid vil ta utgangspunkt i at oppmerksomheten til den som lytter er rettet mot enkelte deler av fortellingene (Andersen, 2005).

Etter at refleksjonene var ferdige, ble personen, som hadde lyttet til disse, invitert til å komme med sine tanker eller eventuelt nye assosiasjoner etter å ha hørt på refleksjonene. Følgende sitat viser at begge respondentene hadde fått bekreftelse på sine fortellinger:

Gruppe 1

Det var egentlig godt å få bekreftet av en garvet doktor at det er mye sånn da, at han kjente seg igjen i mye. Ja, det var greit å høre.

Gruppe 2

Det jeg syns egentlig er interessant er at han også sier at vi blir mer og mer fjern fra folks hverdag, og mer og mer på kontorene. Fordi det er også noe jeg synes er blitt borte... Når det gjelder det med tilgjengelighet som han er inne på, så ser jeg den. Det skulle være overkommelig å lage noen rutiner på det

Disse sitatene tolker vi slik at fastlegen i gruppe en hadde fått anerkjennelse og bekreftelse på sine fortellinger av personer, som gjennom sin profesjon og faglige tyngde ble oppfattet som viktig for denne personen. Å bli sett, hørt og verdsatt av viktige andre i denne konteksten kan se ut til at det på en betydningsfull måte kan ha bidratt til en *rikere beskrivelse av denne personens liv* (Lundby 2005). På den måten kan vi si at den *hedrende seremonien* kom til uttrykk allerede gjennom refleksjonene på dette trinnet i intervensjonen. Tilhørerresponsen fra personen som hadde lyttet, tok utgangspunkt i noen sider ved fortellingene, som denne personen kjente seg igjen i og hadde blitt berørt av (Andersen, 2006). Sitatet fra fastlegen i gruppe to viser at han fikk bekreftelse på sin oppfatning av kunnskapsarbeiderens dilemma i et samhandlingsperspektiv. Vi tolker dette til at tilhørerresponsen bidro til å skape *bevegelse* i fortellingen (Lundby, 2005) gjennom at det med tilgjengelighet var noe som berørte personen som lyttet. Fastlegen avslutter med å si *Det skulle være overkommelig å lage noen rutiner på det*. Dette kan vi tolke som at *bevegelsen i fortellingen* kommer til uttrykk ved at fastlegen begynte å snakke om løsninger i forhold til tilgjengelighet.

Vi kan tolke dette slik at den narrative samtaleformen, der spørsmålene stilles i den hensikt å binde hendelser sammen med personenes verdier, tanker og følelser (Lundby, 2000), bidro til å forsterke hendelsene og situasjonene som var betydningsfulle for den enkelte i forhold til det å samhandle. Det er hendelser og situasjoner som passerer dersom man ikke stopper opp ved dem og utforsker dem. Gjennom å lytte til andres samtaler om det man selv har fortalt, kan nye perspektiv åpnes og gi grunnlag for å oppdage foretrukne, men ”skjulte” handlingsalternativer i forhold til samhandling. Dette vil vi forsøke å tydeliggjøre gjennom neste trinn i intervensjonen, reflekterende team og samtalen om samtalene.

4.1.4 Reflekterende team

Det reflekterende teamet besto av både fastleger og behandlere og vil i denne delen av drøftingen omtales som respondenter. De satt rundt et bord sammen med den andre veilederen

og hadde lyttet til det som hadde kommet fram i samtalesituasjonen. Respondentene ble bedt om å forholde seg til veileder og eventuelt prate seg imellom, men ikke snakke til de to personene i samtalesituasjonen, og som nå befant seg i lytteposisjon. Veileder innledet med å si at tilhørergruppen beveget seg fra lytte- til taleposisjon. Respondentene ble ledet gjennom denne refleksjonsprosessen etter noen veiledende spørsmål inspirert av grunnprinsippene i *hedrende seremoni*:

Hva var det du hørte personen sa, som du spesielt la merke til?

Hvilke uttrykk gjorde inntrykk på deg?

Kan du si noe om bildet du fikk av personen mens du lyttet?

Var det noe annet eller noe mer?

Hva fornemmer du er viktig for personen?

Hvilken erfaring har du fra ditt eget liv, som spesielt lyste opp eller som kan forklare at noe av det du hørte ble mer tydelig i livet ditt?

Mer viktig og betydningsfullt enn tidligere eller annerledes?

Det reflekterende temaet hadde vært i lytteposisjon under hele trinn en i intervensjonen. Respondentene var forberedt på at de skulle gi en tilhører-respons og de så ut til å konsentrere seg om oppgaven. Det ble organisert slik for at det reflekterende teamet skulle plassere seg ”under” den talende, som Sewerin (1996) omtaler det. Vi tolker dette som at de på den måten ga personene i taleposisjon rom og respekt og dette bidro til at ingen dominerte og kontrollerte samtalen. Hensikten med å skifte på tale- og lytteposisjoner var å bryte dialogen for å få inn refleksjon (Andersen, 2006). Når det reflekterende teamet var i lytteposisjon, kunne de høre på fortellingene som kom fram, ta det de hørte inn og tenke gjennom det før de skulle slippe refleksjonene når de kom i taleposisjon. På den måten kan man si at refleksjonene gjenspeilet det som hadde truffet noen strenger i og berørt den enkelte, slik at det ga mening. Vi tolker dette slik at først når respondentene ble *berørt som mennesker* (Lundby, 2005), og de ble utfordret på *egne forståelsesrammer* (Rennemo, 2006), skjedde det en *bevegelse i fortellingen* (Lundby, 2000). Dette illustreres med sitat fra de første refleksjonene:

Gruppe 1

Jeg merker meg også det fastlegen beskriver som hennes forståelse av problemet, at det er veldig sammenfallende med det vi sier her ved DPS og beskriver som problemer. Det er ikke noe god flyt i samhandlinga, det stopper opp, og så tenker jeg litt på hvorfor er det slik? Er det holdninga det handler om, er det økonomien det strander i eller er det mer måten å organisere oss på, at vi har for få møtepunkt, at de ikke er så effektive de møtepunktene vi har kanskje, eller at vi overhode ikke møtes?

Gruppe 2

... jeg kjente meg veldig igjen i det behandleren sa også, at det å ta en telefon til meg skal ikke være vanskelig, men jeg tror nok at kanskje bør det formaliseres, for det er lett at det bare forsvinner i alt mulig annet.

Vi tolker sitatene slik at respondenten i gruppe en gir bekreftelse på problemforståelsen eller personens virkelighetsoppfatning i forhold til samhandling. Det kan se ut som refleksjonene skaper bevegelse i fortellingen ved at den allerede her begynner å endre form og få et rikere innhold (Lundby, 2000). Refleksjonene i gruppe to kan gjenspeile at denne personen hadde merket seg fortellinger der temaet var tilgjengelighet. Vi tolker dette sitatet som at respondenten bekrefter ønske om å være tilgjengelig, men at han samtidig uttrykker at dette er vanskelig. Gjennom å si *...men jeg tror nok at kanskje bør det formaliseres...* kan det se ut som at respondenten skaper *bevegelse i fortellingen* (Lundby, 2005) gjennom å begynne å søke etter mulige løsninger.

Underveis i refleksjonsprosessene kom de med anerkjennende kommentarer eller kroppsspråk, som understreket at de hadde forstått eller var enig. Veileder sin rolle i det reflekterende teamet var å stille oppfølgingsspørsmål til den enkelte når dette var naturlig. Når respondentene kom med refleksjoner som var på utsiden av temaet, ble de sporet tilbake gjennom at veileder stilte spørsmål om hva intervjupersonene hadde sagt, som bidro til at de fikk akkurat den assosiasjonen (Lundby, 2005). Veileder tilstrebet at alle fikk mulighet til å komme med sine refleksjoner rundt det den enkelte hadde hørt. I starten var gruppen noe stille. Stemningen steg og samtalene gled lettere etter hvert som respondentene kom med sine refleksjoner. Vi observerte gjensidig blikkveksling, smil og anerkjennende nikk. Engasjementet økte og veileder måtte enkelte ganger stoppe noen av respondentene da flere snakket i munnen på hverandre. Det ble lagt vekt på at dette ble gjort på en ivaretagende måte. Det var humor og latter i begge gruppene.

Vår tolkning er at kombinasjonen av narrativ samtale og refleksjon og reflekterende team i vår medvirkningsbaserte intervensjon bidro til en skapende kontekst for fortelling og gjenfortelling, basert på grunnprinsippene i det Myerhoff (1986) omtaler *hedrende seremoni*. Ut fra dette kan vi si at det reflekterende teamet, gjennom sine refleksjoner og sin anerkjennelse, bidro til at personene i samtalesituasjonen følte seg sett, hørt og verdsatt og at deres fortellinger ble rikere beskrevet. Vi har valgt å ta med følgende to sitat, som vi mener kan illustrere denne formen for *hedrende seremoni*:

Gruppe 1

Jeg bet meg merke til det fastlegen sa om trekanten, altså psykiatrisk sykepleier, fastlege og DPS, igjen tilbake til de søylene som hun nevnte, er det noe vi kunne gjort for å få til bedre samhandling, for å bygge ned disse søylene?

Gruppe 2

Kjenner meg veldig igjen i fastlegens beskrivelse som allmennpraktiker da, og det at man fortjener litt respekt for det at man har holdt på i mange år, man har litt kontinuitet da. Det er faktisk noe av det jeg prøver å lære mine yngre kolleger til da, for det syns jeg de noen ganger mangler.

Under narrativ samtale refererte vi til Lundby (2000) som hevder at all historiegjøring er forenklinger, fordi mennesker er *fanger av sitt eget perspektiv*. Det reflekterende teamet bidro gjennom sine refleksjoner til å forsterke enkelte sider eller åpne andre sider ved fortellingene, sider som hittil hadde vært skjult for personen som fortalte den. Dette kan illustreres med følgende sitat:

Gruppe 1

Så jeg er jo veldig med på det med å reise mer ut..., i alle fall på sengeposten, vi inviterer det som kan krype og gå fra hjemkommunen, så sitter vi to på sengeposten her, det er meningsløst å dra halve kommunen ned hit når vi kunne dratt ut dit..

Gruppe 2

Jeg tror ikke bare vi må formalisere, jeg tror noe av det som gjør at vi kanskje ikke samhandler nok er at vi ikke kjenner nok til hverandre. Hvis vi hadde truffet hverandre ansikt til ansikt, så tror jeg at vi i større grad klarte å samhandle på telefonen etterpå.

En respondent i samtalesituasjonen i gruppe en hadde i en av sine fortellinger gitt uttrykk for behov for mer ambulerende virksomhet i sine foretrukne handlingsalternativer knyttet til samhandling. Sitatet fra gruppe en viser at respondenten i det reflekterende teamet følger opp

og forsterker dette i sin refleksjon. Fortellingen i gruppe to viser at det skjer bevegelse på to måter. For det første anerkjennes forslaget om formalisering rundt samhandling, og fortellingen forsterkes (Lundby, 2005). For det andre ser vi at denne refleksjonen bringer et nytt perspektiv inn i forhold til hva som skal til i tillegg til å formalisere, å skape en felles møtearena og bli kjent.

Relatert til Johari vindu (Cummings og Worley, 2005) kan refleksjonsprosessene i det reflekterende teamet symbolisere det blinde feltet, der kunnskap er ukjent for personen i samtalsituasjonen og kjent for personen i det reflekterende teamet. Vi tolker dette slik at når denne kunnskapen deles gjennom refleksjon, og personen som lytter forstår gjenfortellingene inn i sine eksisterende tankemønstre, får denne personen mer kunnskap om det vedkommende hadde kunnskap om fra før. Det har skjedd det Rennemo (2006) omtaler som enkelkretslæring eller assimilasjon. Er personen i stand til å forstå gjenfortellingene ved å endre sitt mentale kart eller eksisterende tankemønstre, skjer det kvalitativ utvikling av kunnskapen, og personen kan mer og noe annet. Det har skjedd en dobbelkretslæring eller akkomodasjon (ibid). I begge tilfellene ville gjenfortellingene bidratt til at personen som lyttet til refleksjonene hadde fått økt bevissthet og mer selvinnsett. Vi tolker derfor Johari vindu slik at i begge tilfellene vil det åpne feltet kunne utvides (Cummings og Worley, 2005).

Det kunne erfare at samtalene i det reflekterende teamet i stor grad ble drevet fremover av respondentene selv. Dette kan vi tolke som at respondentene gjennom engasjement og gjensidighet (Elkjær, 2004) ønsket å bidra til *leve med* gjennom at det så ut til at alle var opptatt av det som skulle utvikles (Von Krogh et. al 2007). Veileder gjorde derfor lite innsnitt (ibid) under samtalene da dette kunne virke hemmende. Samtalene ble imidlertid ledet fremover etter spørsmålene slik de er presentert i starten på dette kapittelet, og veileder vurderte tidspunktet for å stille dem underveis. Refleksjonene var heller ikke alltid knyttet til samtalepersonenes fortellinger, men respondentene reflekterte over hverandres refleksjoner. På den måten kunne vi se en forsterkende effekt i at det reflekterende teamet bidro til både å anerkjenne og forsterke refleksjonene som kom fram i teamet.

Etter at det reflekterende teamet hadde avsluttet sine refleksjoner, ble personene i samtalegruppa invitert til å komme med sine tanker og refleksjoner rundt det de hadde hørt. Vi vil i det følgende presentere det siste trinnet i intervensjonen og drøfte det som kom fram i lys av teori.

4.1.5 Samtale om samtalene

Personene i samtalegruppa ble invitert til å snakke om samtalene i det reflekterende teamet, som igjen befant seg i lytteposisjon. Den reflekterende posisjonen ble opprettholdt ved at personen snakket ”gjennom” veileder, som stilte åpne spørsmål til dem en og en, slik at de kunne dele sine tanker og eventuelle nye refleksjoner:

Hvilke nye tanker / assosiasjoner fikk du etter å ha hørt på samtalene i det reflekterende teamet?

Andre / flere tanker?

Vi vil i det følgende illustrere bevegelsen i fortellingene med noen sitat fra personenes samtale om samtalene i det reflekterende teamet:

Gruppe 1

Det fastlegen sa, synes jeg var veldig to the point. Det at han skriver nummeret som vi kan ringe tilbake til, og det viser det som jeg sa i sted at telefonen er et fantastisk hjelpemiddel i det vi snakker om når det gjelder samhandling. Så mye som kan avklares.

Gruppe 2

Ja, jeg tror nok det er den grunnleggende enigheten om kommunikasjon jeg oppdager er her... Det er veldig viktig som behandleren sa... det går på å ha respekten for fastlegen som for det første er i situasjonen der og da og som kjenner hele trykket fra pasient, pårørende osv.. og som kjenner pasienten mye bedre enn vi gjør, som sitter på vår høye hest inne på sykehuset og ser bare ned på de.

Sitatet fra gruppe en illustrerer at behandleren har fått anerkjennelse og bekreftelse (Lundby, 2005) på sin eksisterende kunnskap om at telefonen er et viktig hjelpemiddel i samhandlingen. Refleksjonene ble tatt inn og tolket ut fra eksisterende tankemønstre, og vi kan si at kunnskapen hos denne personen har økt kvantitativt, men ikke kvalitativt (Rennemo, 2006). Sitatet fra gruppe to tolker vi som at fortellingen om at spesialisthelsetjenesten ikke etterspør kunnskapen som fastlegen har, har berørt behandleren i samtalegruppa. Det kan se ut til å ha blitt tydelig for denne personen at deltagerne har fått forståelse for hverandres virkelighet, og at samhandling handler om kommunikasjon (Wadel, 2005). Samtidig kan vi tolke sitatet til at respondenten viser en ydmykhet i forhold til å ha respekt for hverandres fagområder. Her kan det se ut som at behandleren understreker viktigheten av likeverdighet i samhandlingen mellom behandler og fastlege. Behandlerens utsagn ... *som kjenner pasienten mye bedre enn vi gjør, som sitter på vår høye hest inne på sykehuset og ser bare ned på de* kan vi tolke som en erkjennelse i forhold til holdninger som virker hemmende i forhold til

samhandling. Personen som ”eide” den opprinnelige fortellingen som satte i gang disse refleksjonene lytter til det som blir sagt, og får mye anerkjennelse for sin virkelighetsoppfatning. Ut fra vår tolkning viser fortellingen at bekreftelsene og anerkjennelsen fra *viktige andre* (Lundby, 2005) i et samhandlingsperspektiv har skapt bevegelse, både i personen og hos de andre respondentene. Vi tolker sitatene slik at respondentene har tatt inn, latt seg berøre og satt fortellingene i en sammenheng for å skape *mening* (Haslebo og Nielsen, 2003) og (Lundby, 2000). Dette har bidratt til at fortellingene er blitt rikere beskrevet, og sitatene illustrerer tryggheten som var i gruppa i denne fasen av intervensjonen. Dette kan være et uttrykk for at fortellingene har vært en døråpner til kunnskap om hverandres virkelighet (Sewerin, 1996) og den bevegelsen som har skjedd har de skapt sammen, uten at noen har *påberopt seg å eie sannheten* (Lundby, 2000). Selv ikke fortellinger som man kunne forvente ville medføre forsvarsskapende holdninger bidro til uenighet eller konfrontasjoner i gruppa. Vi lar følgende sitat fra to behandlere understøtte dette:

Gruppe 1

...men det hender vi avslår søknader. Det er kanskje et viktig og sårbart punkt, der vi også kunne tatt en telefon til den kollegaen som skriver søknaden og fått litt mer informasjon om den søknaden som vi kanskje har lyst til å avslå. At det og kan være en samhandlingseffekt, som kan skape bedre forhold i samarbeidet.

Gruppe 2

.. jeg tror det er veldig viktig at vi som legegruppe og gjerne få med psykologene også, er flinke til å innpode yngre kollegaer som kommer, at fastlegen er i situasjonen... de ser, de kjenner pasientene, vi har ingenting med å sitte og være høy på hesten. Det går jo på dialog og samhandling og ha respekt for den jobben som gjøres.

Den narrative metaforen sier at vi mennesker opplever og erfarer våre liv gjennom de historiene vi forteller om, og at disse historiene er et produkt av menneskers tolkning av erfaringer (Lundby, 2000). På den måten kan vi tolke det som at respondentenes fortellinger var et resultat av den enkeltes tolkning av sine erfaringer i forhold til samhandling (ibid). Relatert til Johari vindu (Cummings og Worley, 2005) bidro refleksjonene også til at personene i samtalegruppa fikk utvidet sitt eget perspektiv og oppdaget mer foretrukne handlingsalternativer i forhold til samhandling som hadde vært implisitt og var fraværende fra bevisstheten.

Som nevnt i innledningen var leder ved DPS Stjørdal vår oppdragsgiver. Hun signaliserte både overfor oss og sine medarbeidere at hun hadde tro på en kvalitativ tilnærming til utfordringene knyttet til samhandling, og at hun ønsket å prøve ut vår intervensjon. Intensjonen med den medvirkningsbaserte intervensjonen var å skape ny kunnskap og samhandling både på individ og organisasjonsnivå, og leder vil være sentral i videreutviklingen av samhandlingen mellom DPS Stjørdal og fastlegene. I og med at leders refleksjoner var en del av vår intervensjon, har vi valgt å trekke inn leders refleksjoner fra begge gruppene i drøftingen av del en av problemstillingen.

4.1.6 Leders refleksjoner

Etter at de tre første trinnene i intervensjonen var avsluttet, gikk veileder ut av det reflekterende teamet og satte seg ved siden av leder for DPS. Hun hadde foruten å ønske alle velkommen sittet utenfor gruppene i rommet og vært observatør underveis. Følgende spørsmål ble stilt til leder:

Hva var det du hørte og som skilte seg ut, som fremsto som tydeligere / lyste opp / ble synlig i forhold til samhandling, sett fra den posisjonen du har?

Vi lar følgende sitat illustrere leders refleksjoner:

Jeg vil si det var godt å være observatør, det var godt å være lyttende og jeg synes det var veldig lærerikt. Jeg sitter og kjenner på at hvorfor i alle dager kan vi ikke møtes sånn som dette flere ganger, for det er da samhandling kan starte tenker jeg.

Jeg har observert en dialog her nå... som jeg opplever som veldig positiv.

Gjennom disse refleksjonene anerkjenner leder ved DPS at det er viktig å bruke en kvalitativ tilnærming i tillegg til kvantitative målinger som for eksempel spørreundersøkelser (Jacobsen, 2005) som bidrag til organisasjonens læring og utvikling. Vår tolkning av disse sitatene er at det kan se ut som at den kvalitative tilnærmingen ut fra et lederperspektiv ble ansett som et nødvendig supplement til organisasjonens tidligere kvantitative måleparametre på kunnskap, jfr. den nasjonale spørreundersøkelsen som vi omtalte i kapittel 1.2 Bakgrunn for problemstillingen. I stedet for at kunnskap ble sett på som noe de ansatte og organisasjonen hadde som en beholdning, ble fokuset dreid mot hvordan kunnskapen ble til (Newell et. al 2002) Vi tolker dette som at leders refleksjoner gjenspeiler at hun som leder ser verdien av å

legge til rette for en felles møteplass for behandlerne og fastlegene, og at de gjennom å dele kunnskap og erfaringer sammen kan utvikle ny kunnskap i forhold til samhandling. Som forskere kunne vi se at kunnskap ble utviklet i samspill og i relasjon mellom fastlegene og behandlerne i dette møtet, og at den kunnskapshjelpende konteksten hadde stor betydning for det som skjedde (Von Krogh et. al 2007). Leders refleksjoner kan ut fra dette gjenspeile et kunnskapssyn i tråd med det Newell et.al (2002) omtaler som den sosiale forståelsesrammen på hvordan kunnskap og kunnskapsutvikling skjer.

Relatert til det Elkjær (2004) benevner den ”tredje vei”, ble refleksjon og følelser tillagt like stor vekt som det kognitive gjennom måten intervensjonen ble utført. Leder uttaler at *det var godt å være lyttende og jeg synes det var veldig lærerikt*. Vår tolkning av dette er at hun signaliserer at slike refleksjonsprosesser gir *mening* (Haslebo og Nielsen, 2003) og på den måten anerkjenner hun verdien slike møter har for henne både som menneske og som fagperson. Leders refleksjoner gjenspeiler hennes følelser og opplevelser, og gjennom det viser hun åpenhet, tillit og respekt for respondentene (Sewerin, 1996). I lys av prinsippene i hedrende seremoni kan vi tolke det slik at disse refleksjonene bidrar til en troverdig anerkjennelse av respondentenes fortellinger og refleksjoner (Lundby, 2000). På den måten kan vi si at leders refleksjoner bidrar til å gi de opprinnelige fortellingene et forsterket meningsinnhold (ibid). Leder uttaler at *det er da samhandling kan starte*. Dette kan tolkes som at leder har fått en bekreftelse på at *samforståelse* (Wadel, 2005) er nødvendig for at det skal skje endringer i den enkeltes bevissthet i forhold til forståelse av, og handlinger knyttet til ”det å samhandle”. Dette kan vi tolke som at felles møteplasser mellom behandlere og fastleger ut fra et lederperspektiv ses som en forutsetning for å få til god samhandling.

I følge Wadel (2005) er samhandling å samordne. I samarbeidet rundt temaet samhandling skjedde det en formidling mellom behandlerne og fastlegene både bevisst og ubevisst, verbalt og non-verbalt. Vi tolker det slik at det skjedde en fysisk og mental prosess i interaksjonen mellom respondentene, og mellom respondentene og oss som veiledere. Gjennom fortellingene og refleksjonene delte de med hverandre hvem de mente de var for hverandre (ibid) eller skulle ønske de var for hverandre som behandlere og fastleger, og hvordan det kunne foregå i praksis. Vi lar følgende sitat fra leders refleksjoner illustrere dette:

For meg har det vært veldig viktig å få dette til å virke i hverdagen, også startet jeg med å lytte til det fastlegen sa...og da tenkte jeg at for deg som har lang erfaring, 27 år, det er jo kunnskap som vi på DPS absolutt skulle tatt mer del i. I forhold til det fastlegen sier...det med at ”jeg har kompetanse jeg også” ..Fastlegens kompetanse... å nyttiggjøre seg den har blitt en viktig bit inni meg, kjenner jeg.

Dette sitatet tolker vi som at fastlegens fortelling har berørt leder både som menneske og fagperson (Haslebo og Nielsen, 2003). Gjennom sine refleksjoner anerkjenner hun fastlegens kompetanse, og uttrykker klart at organisasjonen trenger å nyttiggjøre seg den. På denne måten kan det se ut som at det var startet en prosess i forhold til å samhandle om hvordan de foretrakk å være for hverandre (Wadel, 2005), og hvordan dette kunne lede til ulike handlingsalternativer. I kapittel 1.2, Bakgrunn for problemstilling, omtalte vi Tidsskriftet for Den norske legeforening, der flere fastleger uttrykte at ”de opplever at spesialisthelsetjenesten ønsker å fortelle fastlegene hvordan ting skal gjøres”. Budskapet deres er at det er nødvendig med *bedre dialog*. Slike utsagn kan også bli en fortelling som av enkelte kan oppfattes som ”sann”, og hver gang den fortelles, holdes den liv i og får mulighet til å leve som en ”dominerende historie” (Lundby, 2000). Det er først når slike historier blir lyttet til og reflektert over av andre at meningsinnholdet kan rokkes ved, slik vi kan si leder gjorde i denne sammenheng. Vår tolkning av leders refleksjoner er at *den dominerende historien* om at ”spesialisthelsetjenesten vet best” kan se ut til å ha fått lov å ”leve som en sannhet” i organisasjonene. Ut fra dette kan det se ut til at leders refleksjoner gjenspeiler et klart ønske om bedre dialog mellom behandlerne ved DPS og fastlegene og en likeverdig samhandlingskultur. Vi lar følgende sitat understreke dette:

Så har jeg noen tanker om ”verdensmestrene i 2.linjetjenesten”, og at det er vi som er suveren, liksom...men jeg er så enig med fastlegen når han sier vi er aktører på ulike nivå, og vi skal bistå på det mest hensiktsmessige nivået.

Leders refleksjoner speiler en kultur som ofte kommer til uttrykk og skaper barrierer for samhandlingen. I den narrative samtalen kommer fastlegen med fortellinger som nettopp understreker at han ikke blir etterspurt i forhold til sin kunnskap. Gjennom sine refleksjoner anerkjenner leder fastlegens fortelling. I tillegg kan det synes som hun vil avlive både myten

og en eventuell sannhet om at 2. linjetjenesten bør fremstå som verdensmestre. Videre kommer leder med refleksjoner rundt organisatoriske forhold og formidler en undring både i forhold til seg selv og sine samarbeidspartnere internt og eksternt:

Jeg blir veldig overrasket over at fastlegene ikke vet om telefonen hvor de kan ringe inn, men så er jeg enda mer overrasket når jeg hører at egne ansatte ikke vet... og da blir jeg veldig overrasket over ledelse, informasjonsflyt og den biten...

Så får jeg tanker om hva er det som styrer meg i min hverdag. Hvorfor lar det seg ikke praktisk gjennomføres å møtes oftere slik som dette. Hva er det som stopper oss, slike refleksjoner får jeg når jeg sitter og lytter til dette.

Vi tolker leders refleksjoner i det første utsagnet til at hun som leder er overrasket over informasjonsflyten både internt og eksternt. Kanskje er informasjonen formidlet, men som Haslebo og Nielsen (2003) omtaler, så lenge det mangler *mening* er det ikke informasjon i seg selv som gjør henne og medarbeiderne til mer effektive og kreative personer. Vi tolker dette som at det her kan være en mulighet for at informasjon kan ha skapt usikkerhet, eller at den enkelte ansatte ikke har forstått hensikten med den bestemte informasjonen. Inntil den enkelte fastlege og behandler kobler informasjonen til sin jobb, kompetanse eller til sin relasjon til andre i organisasjonen, blir den betraktet som ”død” informasjon (ibid). Vi kan også tolke dette sitatet som at leder her setter ord på det som kan være konsekvensen av å ha et dominerende strukturelt kunnskapssyn i organisasjoner (Newell et. al 2002), der man ikke i tilstrekkelig grad ser verdien av å legge til rette arenaer for samhandling. Det kan tyde på at verken fastleger eller behandlere hadde klart å omsette aktuell informasjon til handling fordi de som fagpersoner ikke så informasjonen som tilstrekkelig relevant eller betydningsfull. Vår tolkning av dette er at det kan se ut som at det strukturelle perspektivet på kunnskap er dominerende i organisasjonen, og at når informasjonen formidles anses den som en del av kunnskapsbeholdningen (Newell et. al 2002) både hos fastlegene og behandlerne. Så lenge de ikke har sett denne informasjonen som viktig for sin yrkesutøvelse, og den ikke har gitt *mening* (Haslebo og Nielsen, 2003) for den enkelte, kan det ut fra dette se ut som at den heller ikke har kommet til praktisk anvendelse slik leder kunne ha grunn til å tro.

Ved å anvende Johari vindu (Cummings og Worley, 2005) i denne sammenheng, kan det første sitatet fra leder relateres til det ukjente felt i modellen som symboliserer at hun ikke visste at samarbeidspartnerne var ukjent med at de har et fast telefonnummer som alle kan ringe til. Gjennom åpenheten som kom til uttrykk i løpet av intervusjonen, mente vi å kunne

se at den mellommenneskelige kommunikasjonen økte når respondentene fikk snakke uforstyrret og man var lyttende til hverandre. Dette kan tyde på at det *åpne vinduet* i modellen ble utvidet. Leder ga tilbakemelding på hva hun hadde hørt og reflektert over i intervensjonen. Hun viste selv en evne til å ta imot og reflektere over det hun hadde hørt, og hadde klare tanker om hva det var som var blitt viktig for henne som leder å ha fokus på framover.

Det kan tyde på at den eksternaliserende samtalen (Lundby, 2005) også for leder bidro til å gjøre det ufarlig å forholde seg til og snakke om det hun hørte av problembeskrivelser. Gjennom den narrative tilnærmingen kom det tidlig i intervensjonen fram problemrettede historier (ibid) knyttet til tilgjengelighet og kunnskap. Disse historiene ble anerkjent og forsterket gjennom at de ble reflektert over av andre gjennom hele intervensjonen. Historien ble til slutt tatt i mot av leder, som gjennom sin åpenhet og tydelighet forsterket fortellingene ytterligere gjennom sine refleksjoner. Summen av disse refleksjonsprosessene kan se ut til å ha bidratt til at det *åpne feltet* i Johari-vindu ble utvidet og de andre feltene ble mindre (Cummings og Worley, 2005). Det andre sitatet viser at fortellingene har satt i gang en bevisstgjøringsprosess hos leder gjennom at hun undrer seg over hva som styrer henne i hennes hverdag. Ved å lytte til fortellingene og reflektere over disse kan det se ut som at tankene hennes ledes mot egne prioriteringer og valg som leder. Det kan synes som at det er satt i gang en prosess hos henne som muligens kan føre til hensiktsmessige omprioriteringer og valg av andre handlingsalternativer enn tidligere, blant annet i forhold til temaet samhandling. Dette tolker vi slik at leder har anvendt en bruksteori av modell II gjennom å vise at det er samsvar mellom det hun sier og de hun har vist i handling gjennom å legge til rette for en arena for dialog. I tillegg kan vi si at hun har vist at hun er åpen for andres perspektiv enn sine egne i en kontinuerlig oppdagelses- og læringssituasjon i relasjon til andre.

Refleksjonsprosessene fant sted i en kunnskapshjelpende kontekst som ser ut til å ha hatt en frigjørende effekt på (Lundby, 2000) respondentene slik at de følte seg bekvem med å fortelle om sine opplevelser i forhold til det som fungerte ved samhandlingen og det som ikke fungerte så bra. I tråd med den narrative tilnærmingen kunne det se ut til at refleksjonene bidro til å forsterke og skape bevegelse i fortellingene, som ble omformet til *rikere beskrivelser foretrukket fremtid* (ibid). Gjennom å inkludere leders refleksjoner som del av intervensjonen fikk vi tydeliggjort at målet med prosessen var forankret i ledelsen ved DPS Stjørdal. Samtidig mente vi at leder, både gjennom å være observatør og ved å dele sine

refleksjoner, bidro til å forsterke den anerkjennende effekten som vi anså som det bærende element i den *hedrende seremonien* (Myerhoff, 1986) som hele konteksten var fundert på. Målet var å få ny kunnskap gjennom det engasjement og den nysgjerrighet som var skapt i forhold til hvordan behandlerne og fastlegene skulle bli bedre til å samhandle. Denne intensjonen var nå satt ut i handling gjennom den narrative tilnærmingen som bidro til en utviklingsrettet dialog rundt samhandling mellom de to forvaltningsnivåene. Sitat fra leder er som følgende:

Som jeg sa ved den forrige intervensjon, det er en samstemthet, og det er en enighet om hvor skoen trykker, og vi gir hverandre tilbakemeldinger på det. Så er det noe med det at vi må sammen få dette til å virke, så samarbeid ikke blir ORD. Det foregår utrolig mye god samhandling mellom DPS Stjørdal og Værnesregionen.

Jeg merker meg at fastlegene sier noe om at det er tydelig endring etter at DPS ble etablert i Stjørdal i 2006, og det ble jeg veldig glad for å høre.

Gjennom sine refleksjoner bidrar hun som leder til å formidle at det er mye å lære av det som er bra, men at det her reflekteres rundt at motivasjonen og engasjementet i forhold til å samhandle ikke kommer av seg selv. At behandlerne og fastlegene deltar i gjennomføringen av en medvirkningsbasert intervensjon der de får bidra med det som er viktig og gir mening for den enkelte, synes å skape et engasjement og motivasjon til å samhandle både på individnivå og på organisasjonsnivå. Vår tolkning av dette er at gjennom å bruke en intervensjon der lytting, tolkning og evnen til å stille spørsmål stod sentralt kan synes å ha bidratt til at respondentene våget å komme i kontakt med seg selv og lysten til å forandre en situasjon ble stimulert. Vi lar følgende sitat illustrere dette:

Det har vært veldig ok å sitte i lytteposisjon over så lang tid, og lytte til de fastlegene som har stilt opp, og ikke minst til mine egne ansatte i forhold til tema samhandling. Et begrep som jeg egentlig er ganske drittlei. Det har vært veldig viktig for meg å få det til å virke i hverdagen.

Jeg har fått mange innspill på virksomhetsplanen for 2010, hvor et av punktene er samhandling. Så kjenner jeg at jeg er glad for at jeg har invitert inn til en sånn dialog.

Vi tolker disse sitatene slik at de gjenspeiler den trygge og åpne atmosfæren som var skapt og at hun som leder var villig til å vise hvem hun var både som menneske og fagperson.

Vi har i dette kapitlet sett på deler av den medvirkningsbaserte intervensjonen som vektlegger refleksjon og anerkjennelse, i lys av teori for å se om vi gjennom operasjonaliseringen av intervensjonen bidro til at kunnskap vokste fram. I kapittel 2.3.1 viste vi til ulike kunnskapssyn i organisasjoner. Relatert til vår intervensjon var den prosessuelle forståelsesrammen på kunnskap vårt utgangspunkt, der kunnskap ble utviklet gjennom samspill og i relasjon med hverandre. Bruk av fortellinger og refleksjon i intervensjonen gjenspeiler også at vi i stor grad vektlegger den dimensjonen som Elkjær (2000) bringer inn i den epistemologiske debatten gjennom ”den tredje vei”. Her ønsket vi å vektlegge betydningen av refleksjon, intuisjon og følelser i kunnskapsutviklingen. Det prosessuelle perspektivet kan relateres til at vi gjennom denne intervensjonen skapte en arena, hvor respondentene ble invitert til å dele sine fortellinger med hverandre, lytte til disse, reflektere over dem og anerkjenne hverandre, både som mennesker og fagpersoner. Vi mener at denne *hedrende seremonien* (Myerhoff, 1986) bidro til at de våget å la seg berøre og til at de sammen erkjente og satte ord på sine oppdagelser, som ga mening for den enkelte.

Etter at leder hadde avsluttet sine refleksjoner, ble de reflekterende posisjonene løst opp, og det ble servert kaffe og kake. Sceneskiftet ble markert ved at vi alle satte oss rundt samme bord, og gjennom det symboliserte vi at noe annet skulle skje. Metarefleksjon over prosessen er siste del av intervensjonen, og vi har valgt å knytte denne til del to av problemstillingen. Vi vil i det følgende forsøke å se intervensjonen i et læringsperspektiv og drøfte hvordan medvirkning kan bidra til nye forutsetninger for samhandling.

4.2 Kan medvirkningsbasert intervensjon bidra til læring og nye forutsetninger for samhandling mellom kunnskapsarbeidere?

Vi vil i denne delen med utgangspunkt i det siste trinnet i intervensjonen, metarefleksjon over prosessen, forsøke å se hele intervensjonen i et læringsperspektiv. I denne delen av drøftingen vil vi søke å få svar på om den medvirkningsbaserte intervensjonen bidro til læring og nye forutsetninger for samhandling mellom fastleger og behandlere ved DPS Stjørdal. For å unngå for mye gjentakelser fra del en av drøftingen har vi valgt å supplere teori som vi benyttet i del en med at vi i denne delen vil se hele intervensjonen i lys av de ulike fasene og

læringsnivåene i henholdsvis SECI-modellen (Nonaka og Takeuchi, 1995) og Femtrinnsmodellen (Irgens, 2007). Vi vil også bruke teori fra Rennemo (2006) og Von Krogh (2005) i denne drøftingen.

Før vi går i gang med drøftingen vil vi beskrive hvordan vi innledet det siste trinnet i intervensjonen og presentere spørsmålene som vi tok utgangspunkt i. Vi vil underveis i drøftingen forsøke å illustrere læringsaspektet i intervensjonen gjennom sitat fra respondentenes svar på disse spørsmålene.

Metarefleksjon over prosess

Stemningen var lett og det var stort engasjement og energi i begge gruppene da vi gjennomførte sceneskifte og alle inklusiv leder satt ved samme bord. Vi som veiledere forsøkte å være bevisst på vi gjennom denne avsluttende delen av intervensjonen ikke nødvendigvis skulle finne de ”riktige” svarene. I innledningen av denne metarefleksjonen rundt prosessen var hensikten å få i gang samtaler om ”det å samhandle”. I tillegg ønsket vi å få tilbakemeldinger fra respondentene om hvordan det hadde vært å være med på denne prosessen. Som veiledere forsøkte vi å legge vekt på at samtaler ikke hadde til hensikt å lukke eller avslutte prosessene som var startet. Bakgrunnen for dette var at vi mente at samtalen om prosessen kunne bidra til videre bevegelse og at lysten og meningen i samhandlingen kunne bli forsterket.

Den oppsummerende metarefleksjonen ble ledet av veileder som stilte åpne spørsmål, som i praksis gikk litt om hverandre:

Hvordan var det å være med på denne prosessen?

Hvilke nye spørsmål og nye refleksjoner sitter dere med nå?

Hvordan vil dere ta med dette videre – har dere noen ideer og tanker om det?

Den medvirkningsbaserte intervensjonen som vi designet er preget av vårt sosialkonstruksjonistiske vitenskapsteoretiske ståsted, som gjenspeiler seg i avhandlingens kvalitative profil med vektlegging av kontekst og relasjonelle verdier. Vi hadde lagt til rette en kunnskapshjelpende kontekst med utgangspunkt i prinsipper fra *hedrende seremoni* (Myerhoff, 1986) der vi skapte rom for at respondentene ble sett, hørt og anerkjent. I tillegg forsøkte vi å vektlegge betydningen av refleksjon, intuisjon og følelser (Elkjær, 2004) i kunnskapsutviklingen gjennom å bruke en narrativ tilnærming med refleksjon som et

forsterkende element. For å få inn refleksjonen gjorde vi et bevisst valg i forhold til at respondentene skulle skifte på å lytte og snakke.

Ser vi intervensjonen i lys av SECI-modellen kan det se ut som at den kan relateres til både sosialisering- og eksternaliseringsfasen. Det kan tyde på at kunnskapsutviklingen her skjer både på individ- og gruppenivå. Gjennom den narrative samtalen delte respondentene erfaringer om samhandling. Det reflekterende teamet lyttet til disse fortellingene, tok de inn i eksisterende forståelsesrammer eller utvidet disse, og ga en tilhørerrespons. Vi vil illustrere disse tale- og lytteprosessene med følgende sitat som beskriver hvordan henholdsvis fastlege og behandler opplevde dette:

Jeg synes det er ok å komme hit og fortelle hva jeg holder på med som fastlege. Jeg synes det er veldig ok å være fastlege. Så syns jeg det er greit å formidle det at vi har en sentral rolle i helsetjenesten... jeg føler det er greit at jeg, som en vanlig representativ lege ute i bushen er her, og formidler det, syns jeg. Så jeg vil si at jeg er glad for det.

Du blir minnet på hvor viktig det er å lytte, mm...å egentlig høre hva en annen sier. Og jeg henger meg på det fastlegen sier, altså skal vi samhandle må vi begge høre hva den andre har å si. Kanskje noe at det spesialisthelsetjenesten har av problemer, er at vi har lett for å skulle være best, der er vi som vet hva vi skal. Og det er ikke alltid sikkert det er riktig å være på kurs og fortelle allmennpraktikeren hva han skal gjøre, kanskje vi skal ha kurs hvor de skal fortelle oss hva vi skal gjøre. Altså mer likeverdige da.

Det første sitatet er hentet fra en fastlege som deltok i den narrative samtalen. I del en av drøftingen viste vi til sitat der han uttrykte forundring over at kunnskapen han besitter som fastlege, ikke etterspørres fra spesialisthelsetjenesten. Dette kunne se ut til å berøre flere av respondentene i det reflekterende teamet. I refleksjonene lå det mye anerkjennelse og verdsetting som de knyttet til denne fortellingen. I det første sitatet her uttrykker den samme fastlegen at han syntes det var ok å få fortelle fra arbeidet som fastlege og han understreker igjen fastlegens sentrale rolle i helsetjenesten. På den ene siden kan vi tolke sitatet som at han syntes det var en positiv opplevelse *å bli sett, hørt og anerkjent av viktige andre*

(Myerhoff, 1980) i et samhandlingsperspektiv. Det kan derfor se ut som at den kunnskapshjelpende konteksten som var skapt fungerte i henhold til prinsippene i *hedrende seremoni* (ibid). Det kan også tolkes som at den narrative tilnærmingen og konteksten gjensidig forsterket hverandre og skapte en trygg atmosfære. Det kan se ut som at dette bidro til at fastlegen følte det var greit å dele både positive og negative erfaringer i forhold til samhandling. Han formidlet åpent og ærlig sin undring rundt dette med kunnskap uten at dette skapte behov for å ”forsvare” seg (Lundby, 2000) eller forklare seg blant behandlerne som lyttet. På den andre siden kan vi tolke dette sitatet som at læringen som det kan se ut til har skjedd her kan tyde på fastlegen har fått bekreftet kunnskapen han hadde i utgangspunktet. Det kan se ut som han har tatt inn og forstått kunnskapen inn i eksisterende tankemønstre og at det muligens har skjedd det Rennemo (2006) omtaler enkelkretslæring. Her ble de andres refleksjoner assimilert gjennom at de bidro til en kvantitativ, men ikke nødvendigvis kvalitativ ny læring. Det kan imidlertid se ut som at det har skjedd en bevegelse i fortellingen han formidlet i samtalsituasjonen. På den måten kan det se ut som at det har skjedd en form for akkomodasjon (ibid) gjennom at den ”opprinnelige fortellingen” er blitt enda mer forsterket ved at den er blitt satt lys på og reflektert over av andre (Lundby, 2000). Dette underbygger vi med følgende utdrag fra sitatet ...*Jeg synes det er veldig ok å være fastlege. Så synes jeg at det er greit å formidle at vi har en sentral rolle i helsetjenesten..* . I tillegg avslutter han med å si at han er *veldig glad* for å ha fått formidlet dette.

I det andre sitatet gir en av behandlerne uttrykk for at han gjennom å delta i gjennomføringen av denne intervensjonen har fått en påminning om viktigheten av å *lytte og egentlig høre etter hva en annen sier*. Vi kan tolke dette som at intervensjonen, både konteksten og at vi brukte refleksjon som et forsterkende element i den narrative tilnærmingen, hos denne behandleren bidro til å skape økt bevissthet i forhold til viktigheten av å lytte når man skal samhandle. Læringen som det kan tyde på har skjedd hos denne personen kan vi tolke som at det å lytte og tolke det han hørte bidro til bevisstgjøring og økt selvinnsett. Ut fra Johari vindu (Cummings og Worley, 2005) er dette en viktig forutsetning for læring og utvikling. Ser vi dette sitatet ut fra Femtrinnsmodellen (Irgens, 2007) kan vi si at det har skjedd en innlæring gjennom den ytre påvirkningen som i denne sammenheng var å lytte til hverandres fortellinger og refleksjoner. I tillegg kan det se ut som at dette sitatet gjenspeiler at den ytre påvirkningen også har berørt respondentens følelser (Elkjær, 2004). Dette mener vi kommer til uttrykk ved at han avslutter med å komme med en erkjennelse om at ... *og det er ikke alltid sikkert det er riktig å være på kurs og fortelle allmennpraktikeren hva han skal gjøre, kanskje*

vi skal ha kurs hvor de skal fortelle oss hva vi skal gjøre. Altså mer likeverdig da. Vår tolkning av dette er at ved å bringe refleksjon, intuisjon og følelser inn i kunnskapsutviklingen (ibid), kan det tyde på at det skjedde en læring hos behandleren som ble forsterket ved at han viste at han lot seg berøre som menneske. Gjennom at han var åpen og mottagelig for den andre ved å lyttet og fortolke det han hørte, ”oppdaget” han andre perspektiv som for han ga *mening* (Haslebo og Nielsen, 2003) og (Lundby, 2000) i samhandlingen. Rennemo (2006) omtaler denne formen for læring som dobbelkretslæring. Når behandleren lyttet til fortellinger som berørte han som menneske og fagperson, som dette sitatet kan tyde på, kan det se ut som hans eksisterende forståelsesramme ble utvidet. Det kan tyde på at dette kan ha bidratt til å skape ny bevissthet rundt et viktig aspekt ved samhandlingen, å lytte. Ut fra dette kan vi tolke sitatet som at behandleren har tilegnet seg kvalitativt ny læring og at det har skjedd det Rennemo (2006) omtaler akkomodasjon.

Nonaka og Takeuchi (1995) hevder at erfaringsdeling er nøkkelen for å kunne dele taus kunnskap i organisasjoner. Gjennom den medvirkningsbaserte intervensjonen brukte vi den enkeltes kunnskap og erfaringer i kunnskapsutviklingsprosessen. Det kan se ut som at vi kan trekke en parallell mellom erfaringsdelingen som vi kunne registrerte i den første delen av intervensjonen til sosialiseringsfasen i SECI-modellen. Når respondentene delte erfaringer fra samhandling og de andre lyttet til disse kunne det se ut som at dette bidro til at det ble skapt *taus kunnskap* i form av *delte mentale kart* slik forfatterne beskriver omformingsprosessen fra taus til taus kunnskap i sosialiseringsfasen (ibid). Gjennom fortellingene delte fastlegene og behandlerne sine erfaringer. Disse fortellingene ble lyttet til og reflektert over av de andre. Gjennom fortellingene og refleksjonene kan vi si at både fagpersonene og menneskene kom fram. På den måten kan det se ut som intervensjonen kan ha bidratt til økt forståelse for hverandres virkelighet og at det er skapt en økt samforståelse i forhold til samhandling.

For å kunne bevege seg fra *innlæring* til *kunnskapsutvikling* i Femtrinnsmodellen (Irgens, 2007) må man kunne koble ny kunnskap til eksisterende tankemønstre, utvide disse eller skape nye. Læringen som det kan se ut som har skjedd på individnivå gjennom de ulike trinnene i intervensjonen vil ut fra dette påvirkes av den enkeltes forståelsesramme og om det skjedde assimilasjon eller akkomodasjon. I lys av denne læringsmodellen kan det se ut som at respondentene gjennom refleksjonsprosessene bearbeidet og videreutviklet det som var innlært gjennom lyttingen, som kan sies å være den ytre påvirkningen i denne sammenheng. Respondentenes ulike forståelsesrammer kom til uttrykk både gjennom fortellingene og

refleksjonene og bidro til å bringe inn forskjellige perspektiv i forhold til samhandling. Ut fra dette kan det se ut som at intervensjonens vektlegging av samtale og refleksjon bidro til å gjøre den tause kunnskapen eksplisitt, slik Nonaka og Takeuchi (1995) omtaler omformingsprosessen i eksternaliseringsfasen. Her kan det se ut som at den enkeltes kunnskap gjennom refleksjon og samtale, ble omformet til konseptuell kunnskap ved at respondentene delte metaforer, fortellinger og begrep. Omformingsprosessene slik de beskrives i sosialisering- og eksternaliseringsfasen kan vi si startet under den narrative samtalen og var gjennomgående under hele intervensjonen.

Ut fra den narrative metaforen (Lundby, 2000) kan fortellingene som kom fram gjennom den narrative samtalen beskrives som respondentens tolkning av sine erfaringer i forhold til samhandling. Ut fra dette kan vi si at det var personens egenhistorie som bestemte hvilke aspekter rundt temaet samhandling som kom til uttrykk og hvordan disse erfaringene ble uttrykt. Ut fra denne metaforen kan dette tolkes som at fortellingene som ble formidlet og den mening den enkelte skapte i tolkningen av disse, kan ha direkte innvirkning på hvilke handlingsalternativer i forhold til samhandling de velger etter å ha deltatt på denne intervensjonen. Det kan derfor se ut som at vi gjennom den medvirkningsbaserte intervensjonen i den kunnskapshjelpende konteksten vi la til rette kan ha oppmuntret til det Von Krogh et. al omtaler *nyskapende språk* blant respondentene. Under refleksjonsprosessene så det ut til å bli skapt noen delte oppfatninger i gruppa for hvordan de kan samhandle. Denne omskrivingen av historiene (Lundby, 2000) kan vi relatere til det Nonaka og Takeuchi (1995) omtaler omformingsprosessen fra eksplisitt til eksplisitt kunnskap i kombineringsfasen. Ut fra dette kan det synes som om bevegelsen som ble skapt i fortellingene, enten ved at de hadde blitt mer nyansert eller fått forsterket meningsinnhold, kan tolkes som at læring kan ha funnet sted.

Samtalesituasjonen i trinn en fungerte ut fra de forventningene vi som forskere hadde, og vi tolker at de veiledende spørsmålene var til hjelp for å lede samtalen fremover uten å styre den. I etter tid ser vi imidlertid at både samtalen og refleksjonene i samtalegruppa kunne vært kortere, for å bevare energien i prosessene. Spesielt opplevde vi det første gangen vi gjennomførte intervensjonen. Dette viser også at det kreves kompetanse som veileder for denne type gruppeprosesser, og at man har nødvendig trygghet for å stå i det selv. En annen kritikk til intervensjonen er at de iterative refleksjonsprosessene var en utfordring både for oss som veiledere og respondentene. Det ble mange runder frem og tilbake og mange aspekter

rundt temaet samhandling. Dette krevde en skjerpet holdning fra alle involverte under hele intervensjonen. Flere av respondentene ga uttrykk for at dette var en utfordring når man skulle gi en tilhørerrespons. Enkelte respondenter benyttet seg av muligheten til å notere stikkord i denne sammenheng, som gjorde det enklere å reflektere. Andre ga tilbakemelding på at kombinasjonen av en iterativ prosess og at man visste hvilken rolle man hadde under de ulike trinnene i intervensjonen, bidro til at man klarte å være skjerpet under hele intervensjonen, slik følgende sitat illustrerer:

...så var vi skjerpet da, da vi var i disse gruppene, og så fikk vi beskjed om hva vi skulle gjøre, å lytte og så skulle vi reprodusere det etterpå. Det er veldig skjerpene det ja, og da konsentrerer du deg så det ...Jeg pleier ofte ved kurs å være med de første 25 minuttene, og da er jeg pålagt å være litt mer med, men nå her syns jeg at jeg var med hele veien, det var veldig fint. Fin opplevelse.

Vår tolkning av dette sitatet er at respondenten anerkjenner *den medvirkningsbaserte intervensjonen* gjennom denne uttalelsen. Det han uttrykker kan tyde på at han har latt seg berøre både som fagperson og menneske, og at det for han har skapt mening i forholdet mellom han selv og de personene som sammen hadde bidratt til å skape denne konteksten han var en del av (Askland, 2006). Gjennom respondentens refleksjon tolker vi det slik at han gir uttrykk for sine verdier, og fortalte hva som var viktig for han i denne situasjonen (ibid). Vi kan også tolke det slik at gjennom intervensjonen er han blitt inspirert til å medvirke og at han som kunnskapsarbeider også ønsker å bli ledet til en arena for erfaringsutveksling og kunnskapsdeling (Von Krogh et. al 2007).

Nonaka og Takeuchi (1995) hevder at organisasjonens rolle i forhold til kunnskapsutvikling er å legge til rette hensiktsmessige kontekster for ulike former *gruppeaktivitet* så vel som aktiviteter som stimulerer til kunnskapsutvikling på individnivå. Ut fra det vi har drøftet så langt kan det se ut som at medvirkningsbasert intervensjon kan være en måte å legge til rette for kunnskapsutvikling både på individ- og gruppenivå. Det kan også se ut som at vektleggingen av refleksjon rundt erfaringer har betydning for læring på disse nivåene. Vi vil i det følgende dreie diskusjonen over på om den medvirkningsbaserte intervensjonen kan være

hensiktsmessig for å stimulere til kunnskapsutvikling og læring på organisasjonsnivå. Til slutt vil vi forsøke å svare på om vi gjennom intervensjonen kan ha bidratt til å skape nye forutsetninger for samhandling.

Ut fra modellen *Spiral of Organization Knowledge Creation* (Nonaka og Takeuchi, 1995) kan vi se at kunnskapsspiralen blir større i omfang etter hvert som den beveger seg oppover langs den ontologiske dimensjonen. Dette er en illustrasjon på at organisasjonen må mobilisere den tause, individuelle kunnskapen og gjøre denne eksplisitt for at kunnskapsprosessen skal bevege seg på et høyere nivå på den ontologiske dimensjonen. Ut fra denne modellen kan vi si at kunnskapsutvikling på organisasjonsnivå krever bred deltagelse i organisasjonen både på individ- og gruppenivå og at det er en kontinuerlig interaksjon mellom eksternalisering og internalisering. Jo mer taus individuell kunnskap som artikuleres og gjøres eksplisitt og jo flere som internaliserer denne eksplisitte kunnskapen og blir en del av den enkeltes tause handlingsrepertoar og nedfeller seg i organisasjonskulturen, jo høyere opp på den ontologiske dimensjonen beveger kunnskapsspiralen seg. Sammenholder vi denne tenkningen med Femtrinnsmodellen (Irgens, 2007) kan vi si at dette kan relateres til det femte læringsnivået, *organisatorisk læring*. På dette nivået har organisasjonen endret sine handlingsteorier og gjort *kunnskapsanvendelsen* uavhengig av enkeltpersonenes kunnskap. I følge forfatteren handler dette om endring av den kollektive atferden i organisasjonen eller at den om nødvendig kan endres.

Ser vi den medvirkningsbaserte intervensjonen i et læringsperspektiv på organisasjonsnivå kan vi stille spørsmålet om kunnskapen som det kan se ut som den enkelte fastlege og behandler tilegnet seg og den læringen vi kan si er skapt i gruppen er tilstrekkelig for at organisasjonen skal lære. Vi gjennomførte intervensjonen på to grupper med i alt fjorten respondenter, derav seks fastleger. Ut fra drøftingen tidligere i dette kapittelet kan det se ut som at intervensjonen kan ha bidratt til at de som deltok har fått økt forståelse for hverandres virkelighet. Det kan se ut til å ha blitt skapt en *samforståelse* (Wadel, 2005). Vi mener å kunne si at dette bidro til en utviklingsrettet dialog om samhandling i den aktuelle konteksten. Spørsmålet er imidlertid hvor langt intervensjonen bidro til å bevege kunnskapsspiralen på den ontologiske dimensjonen. Hensikten med intervensjonen var *å få i gang samtalen* (Von Krogh et. al 2007) mellom fastlegene og behandlerne om det å samhandle. På den måten kunne den bidra til å starte en prosess der det ble skapt lyst og energi hos den enkelte og gruppen for å fortsette samtalen rundt temaet samhandling. Vi har ikke gjennomført en ny

undersøkelse med respondentene og har ikke undersøkt om den enkelte har internalisert den kunnskapen som ble artikulert gjennom intervensjonen og gjort denne kunnskapen til sitt eget tause handlingsrepertoar. En av oss forskere har imidlertid deltatt i et felles møte rundt en pasient med en av fastlegene som deltok på intervensjonen. I tillegg til personen selv deltok fastlegen og aktører fra arbeidsplassen og NAV. Vi har valgt å bruke dette møtet som en illustrasjon på hvordan intervensjonen kan ha bidratt til læring på individnivå:

Møtet omhandlet en person som var langtidssykmeldt på grunn av sammensatte helseplager. Han hadde vært i kontakt med flere instanser i helsevesenet uten at det var kommet til noen avklaring i forhold til behandling. Hensikten med møtet var å se muligheter og eventuelle løsninger i forhold til at personen fortsatt skulle ha en tilknytning til arbeidslivet. Fastlegens bidrag i dette møtet var å belyse saken ut fra et medisinskfaglig perspektiv og ut fra dette gi råd i forhold til mulige tiltak. I løpet av samtalen kom det fram at personen hadde oppfølging av DPS Stjørdal, noe fastlegen ikke var kjent med til tross for at han hadde hatt flere konsultasjoner med personen over lengre tid. I løpet av samtalen uttalte fastlegen spontant: (fritt gjengitt): *Nå fikk jeg en tanke. Kanskje jeg burde snakket med behandleren på DPS? Det kunne kanskje vært hensiktsmessig at jeg har en samtale med behandleren rundt dette...* På slutten av møtet understreket fastlegen at *han satte stor pris på slike møter* der vi sammen kunne lete etter muligheter og løsninger til det beste for pasienten.

Vi mener dette eksempelet gir oss grunnlag til å komme med noen betraktninger rundt intervensjonens anvendbarhet som en form for gruppeaktivitet som kan bidra til kunnskapsutvikling i organisasjoner. Våre refleksjoner rundt dette er at det kan se ut som at fastlegen har gjort den eksplisitte kunnskapen fra gruppa han deltok i til en del av sitt eget tause handlingsrepertoar (Irgens, 2007). Kunnskapen var på en måte internalisert. Det kan synes som at han ut fra de opplysningene som kom fram i møtet ”oppdaget” betydningen av at han som fastlege med sin kunnskap om pasienten og den medisinske historikken, hadde dialog med behandleren ved DPS. Det kunne se ut som det ble tydelig for fastlegen at dialogen ville kunne bidra til mer helhet i pasientbehandlingen. Det kan også tyde på at terskelen for å ta kontakt med DPS var blitt lavere gjennom at fastlegen deltok på intervensjonen og var blitt kjent med og etablert relasjon til flere av behandlerne.

Vi ser imidlertid at intervensjonen kan ha begrensninger i forhold til kunnskapsutvikling på organisasjonsnivå. Von Krogh et. al omtaler å gjøre den lokale kunnskapen global som en av kunnskapshjelperne som knyttes til å spre kunnskap i og mellom organisasjoner. Selv om vi

kan regne med en viss spredningseffekt gjennom at fastlegene og behandlerne som deltok snakker med sine kolleger eller begynner å handle ut fra ”nye” forståelsesrammer, ser vi at det må til noe mer for at det enkelte legekontor og de ulike avdelingene ved DPS endrer sitt handlingsrepertoar i forhold til samhandling. Intervensjonen ble prøvd ut på et begrenset utvalg av fastleger og behandlere. Selv om vi muligens klarte å skape entusiasme og lyst til å samhandle hos de som deltok i intervensjonen, ser vi at filter tre mellom kunnskapsutvikling og kunnskapsanvendelse i Femtrinnsmodellen (Irgens, 2007) kan være en mulig hindring for at respondentene skal få tatt i bruk kunnskapen det kan se ut som de tilegnet seg. Kunnskapen som det kan tyde på er generert gjennom intervensjonen er skapt hos den enkelte og i den enkelte gruppe gjennom aktiv deltagelse og engasjement i en spesielt tilrettelagt kontekst. Det kan derfor være grunn til å tro at dette kan være en barriere i forhold til å få spredt kunnskapen i organisasjonen. På den andre siden hevder Nonaka og Takeuchi (1995) at *å løfte fram og fortelle suksesshistorier* er en måte å overføre eksplisitt kunnskap til andre i organisasjoner. De hevder at å lytte til andres fortellinger, der man tolker disse og gir den mening, an dette bidra til å endre folks eksisterende forståelsesramme. På den måten hevder de at man *indirekte kan erfare andres erfaringer* (ibid).

Ser vi kunnskapsutvikling i organisasjoner som en kontinuerlig dynamisk interaksjonsprosess mellom taus og eksplisitt kunnskap slik Nonaka og Takeuchi (1995) beskriver, ser vi at å gjennomføre intervensjonen en gang på et begrenset antall deltagere har sine klare begrensinger. For å komme på det femte nivået i Femtrinnsmodellen (Irgens, 2007), *organisatorisk læring*, kreves det at organisasjonen gjør seg uavhengig av den enkeltes kunnskap. For å endre organisasjonens handlingsteorier slik at den kollektive atferden samsvarer med organisasjonens mål og intensjoner i forhold til samhandling kan det imidlertid være hensiktsmessig å starte med å endre eksisterende forståelsesrammer på individnivå dersom det er nødvendig for å få til bedre samhandling. Wadel (2005) sier at samhandlingspartene må ha *samforståelse* av situasjonen for å skape meningsfull samhandling. Gjennom intervensjonen kan vi si at vi fikk fram respondentenes relasjonelle erfaringer fra tidligere samhandling. Gjennom den tilnærmingen vi valgte kan det se ut som at respondentene klarte å sette ord på og delte sine relasjonelle erfaringer som ofte ikke blir uttalt, men forblir taus kunnskap. Det kan tyde på at dette bidro til en tydeliggjøring både for den enkelte og for hverandre. Vi tolker dette som at respondentene ble bedre i stand til å finne ut *hvem de skulle være for hverandre* (Wadel, 2005) i samhandlingen og hvordan de som sosiale individ kunne utfylle hverandre i forhold til egenskaper og ferdigheter, både som

fagperson og menneske. Gjennom å dele erfaring og tenkning rundt det å samhandle kan det synes som at det skjedde en endring i den enkeltes oppfatning av, og en bevisstgjøring om nye forutsetninger for samhandling. Vi tolker dette som at samhandlingen som fant sted blant respondentene under intervensjonen kan se ut til å ha bidratt til en *samforståelse* (Wadel, 2005) om det å samhandle. Det er grunn til å tro at fastlegene og behandlerne som deltok på intervensjonen bringer med seg denne *samforståelsen* inn i samhandlingen fremover. For å få endret organisasjonens handlingsteorier i forhold til samhandling innebærer det, i følge Irgens (2007) at denne *samforståelsen* blir en del av organisasjonskulturen både i 1. og 2. linjetjenesten. Ser vi den medvirkningsbaserte intervensjonen som en metode som kan anvendes med dette formålet, kan det se ut som at det kan være hensiktsmessig å bringe inn andre perspektiver i forhold til kunnskap og kunnskapsutvikling i organisasjonen fra det prosessuelle perspektivet i tillegg til det strukturelle perspektivet. Vi vil illustrere dette med følgende sitat fra leder som vi mener understøtter dette:

Jeg tenker på, jeg har jo fått fastlegenes sin vurdering av DPS Stjørdal i to omganger nå, i en sånn tykk mappe fra de som har vurdert dette. Jeg vil nok si at de to rundene her *sitter mer i meg* i forhold til fokusområder enn jeg ser ut fra de tykke mappene der, altså. Det blir så mye spørsmål på hvorfor har de sagt det, og hvorfor har de sagt dette, dette kan ikke stemme..og *nå hører jeg det liksom i meg selv*. Jeg sier sånn som du jeg, jeg skjønner ikke hvorfor vi ikke gjør dette oftere.

Vi tolker dette sitatet som at leder, ved å trekke paralleller mellom den Nasjonale undersøkelsen om fastlegenes vurdering av DPS, som vi omtalte i kapittel 1.2 Bakgrunn for problemstilling, og den medvirkningsbaserte intervensjonen, gir uttrykk for at hun har tro på å bringe følelser, refleksjon og intuisjon (Elkjær, 2004) inn i kunnskapsutviklingen. Det er spesielt to utsagn i dette sitatet vi mener gjenspeiler dette. Hun sier at de to samlingene hun har vært med på ”*sitter i meg*” og at samtalene og refleksjonene som har vært rundt samhandling ”*nå hører jeg det liksom i meg selv*”. Som leder har hun tatt initiativ til og markert at hun har tro på at kunnskap er rotfestet i praksis og at kunnskapsutvikling skjer gjennom handling og sosiale relasjoner. Gjennom dette initiativet kan det se ut som at hun bidro til å bryte ned barrierer som var oppstått i forhold til den enkeltes og organisasjonens forståelse for begrepet samhandling. På den måten kunne organisasjonen stimulere til at endringene kom ”innenfra” og ikke ble tredd nedover hodet på folk gjennom direktiver og prosedyrer.

For å kunne endre den kollektive atferden i forhold til samhandling vil det etter vårt syn være nødvendig å involvere flere i medvirkningsbaserte utviklingsprosesser. Gjennom å skape arenaer der mennesker møtes og kan medvirke i kunnskapsutviklingen kan kunnskapen styrkes på tvers i organisasjon og på tvers av forvaltningsnivåene. Leders utfordring vil være å klare å forene prinsippene i New Public Management tradisjonen som vi har omtalt, opp mot å bruke ressurser på å legge til rette møteplasser som kan synes å være nødvendig for å produsere ny kunnskap og samhandling som gir mening for den enkelte ansatte og på tvers av forvaltningsnivåene. Slik vi som forskere ser det bidro denne intervensjonen til at de sammen klarte å skape mening i samhandlingen og at nærhet og helhetstenkning for å forstå andre menneskers oppfatning av virkeligheten var en forutsetning for å få til dette. Det kan synes som at leder gjennom dette har bygget en plattform av omsorg som Von Krogh et. al (2007) omtaler som beste kilde til nyskaping av kunnskap.

En tid etter at intervensjonene var gjennomført hadde vi et møte med leder ved DPS Stjørdal. I dette møtet ga hun uttrykk for at det hadde skjedd ”noe” på DPS Stjørdal i etterkant av intervensjonen. Vi ble nysgjerrige til dette og utfordret derfor leder til å skrive et refleksjonsnotat (Vedlegg nr.4). I dette notatet viser hun til at deltagerne hadde opplevd det positivt å være med på intervensjonen. De involverte hadde ”fått et ansikt og en historie” å forholde seg til i forhold til samarbeidspartnere, og de var ikke lenger kun et navn for hverandre. Vi har valgt å ta med følgende sitat fra leder: *Vi har flere eksempler på at dialogen har blitt bedre”. Slik jeg som avdelingsleder ser det er læringsaspektet stort. Det å sitte i lytteposisjon, å virkelig høre på hva våre samarbeidspartnere hadde å si om oss, gjorde noe med oss. Det rørte ved noe personlig, som ingen annen spørreundersøkelse tidligere har gjort. Det er et utrolig holdningsskapende endringsarbeid som har startet.*

Til slutt omtaler hun at de ulike historiene som kom fram skapte et fellesskap, og at det oppstod en gruppe med et felles mål som var å bedre samhandlingen. *Plutselig så ble det vi, og ikke dem og oss.* Dette tolker vi som at leder ser kunnskapsutvikling som mer enn kun eksplisitt kunnskap og noe som kan styres og kontrolleres. Gjennom å legge til rette for relasjonsbygging og dialog mellom fastlegene og behandlerne kan det se ut som hun som leder har bidratt til å bryte ned barrierer for samhandling. Ikke minst kan dette også gjelde barrierer som er knyttet til ledelse som kan være til hinder for kunnskapsutvikling i organisasjonen, både internt og eksternt (Von Krogh et. al 2007).

Det kan derfor tyde på at vi gjennom den medvirkningsbaserte intervensjonen har skapt nye forutsetninger for samhandling ved at den har bidratt til å skape ”ny mening” (Haslebo og Nielsen, 2003) både for den enkelte, gruppen og organisasjonen. Vår intensjon var ikke å avslutte det vi hadde startet, men å skape motivasjon og energi blant respondentene til å fortsette å skape en *samforståelse* gjennom å sette ord på de relasjonelle erfaringene (Wadel, 2005) rundt det å samhandle.

5.0 Avslutning

Vi har i denne avhandlingen forsøkt å **bruke fortellinger og refleksjon for å skape ny kunnskap og samhandling mellom kunnskapsorganisasjoner**. Med bakgrunn i drøftingen vil vi i dette kapittelet forsøke å sammenfatte våre funn. Vi vil til slutt dele noen refleksjoner rundt egne erfaringer rundt det å samhandle om denne avhandlingen.

Gjennom den medvirkningsbaserte intervensjonen kan det se ut som at kunnskapsarbeidere har latt seg inspirere til å medvirke. I denne avhandlingen har vi forsøkt å vise hvordan kunnskapen ”vokste fram” ved å bruke fortellinger og refleksjon. Det ble skapt en kontekst der behandlernes og fastlegenes fortellinger ble gjort betydningsfulle ved å bli lyttet til, satt lys på og reflektert over av andre. Dette var vår måte å bringe refleksjon, intuisjon og følelser inn i kunnskapsutviklingen.

- Kunnskapsarbeideres kunnskap og erfaringer er en viktig kilde til kunnskapsutvikling og læring i organisasjoner. En medvirkningsbasert intervensjon som ledes med rene tale- og lytteposisjoner kan se ut til å ha stor betydning for å skape en likeverdig og utviklingsrettet dialog mellom kunnskapsarbeidere.
- En kontekst der den enkelte blir sett, hørt og anerkjent kan være en ”riktig kunnskapshjelpende kontekst” som kan ha bidratt til å skape økt forståelse for hverandres virkelighetsoppfatning og dermed en utvidet forståelsesramme i forhold til å samhandle. På den måten kan det se ut til å ha blitt skapt en *samforståelse* som kan gi kunnskapsarbeidere *andre forutsetninger* for å samhandle.
- Det kan synes som at en kunnskapshjelpende kontekst der sosiale prosesser gir rom for tolkning og innlevelse skaper engasjement og forpliktelse i forhold til organisasjonens utviklingsarbeid. Gjennom at kunnskapsarbeideren satte ord på sine relasjonelle erfaringer ble betydningen av refleksjon, følelser og intuisjon anerkjent som en viktig del av kunnskapsutviklingsprosessen.
- Kunnskapsledere som viser respekt og ydmykhet og ser kunnskapsarbeiderens potensiale kan se ut til å ha en sentral verdi i kunnskapsutviklingen. Ved at leder legger til rette for dialog og tar i bruk sine personlige egenskaper og faglighet kan dette bidra til at ”kunnskapsarbeideren” ønsker å la seg lede og dermed medvirke i organisasjonens utviklingsarbeid.

Nye spørsmål og videre forskning

Ved veis ende med denne masteravhandlingen sitter vi med flere ubesvarte spørsmål som kan være grunnlag for videre forskning:

På hvilken måte kan medvirkningsbasert intervensjon bli en integrert del av utviklingsarbeidet i kunnskapsorganisasjoner som styres etter prinsipper fra New Public Management-tradisjonen?

På hvilken måte kan medvirkningsbasert intervensjon anvendes i et samhandlingsperspektiv i forhold til ledere på tvers av forvaltningsnivå i helsevesenet?

På hvilken måte kan medvirkningsbasert intervensjon utvikles til å bli et redskap for å utvikle ledere som bidrar til at kunnskapsarbeidere lar seg lede?

Refleksjon over egne erfaringer om samhandling

Arbeidet med denne masteravhandlingen har vært en spennende, krevende og lærerik prosess. Vi vil avslutte denne avhandlingen med å dele noen refleksjoner rundt våre erfaringer med samhandling gjennom å skrive en masteravhandling sammen. Fra vi startet planleggingen av intervensjonen til vi setter punktum for denne avhandlingen har vi fått prøvd våre samhandlingsferdigheter. Det har underveis vært både oppturer og nedturer. Av ulike årsaker følte vi mot slutten av prosessen at det ”stoppet litt opp” og vi måtte erkjenne at vi hadde hatt vanskelig for å sette ord på våre relasjonelle erfaringer i forhold til hverandre. Som enkeltpersoner hadde vi ulik oppfatning av ting som hadde skjedd underveis og gjennom våre refleksjoner i etterkant kan vi si at vi oppdaget at dialogen ble borte eller annerledes. Her ble vi utfordret på konsekvensene dette hadde både på handlingene vi fikk til sammen og hver for oss. Vår oppdagelse i forhold til dette er at bevissthet rundt den følelsesmessige dimensjonen er en forutsetning for all samhandling. Gjennom at vi stoppet opp og utvekslet erfaringer med hverandre fikk vi bedre forståelse for den andres virkelighet. På den måten klarte vi å gjenopprette dialogen som var en forutsetning for at vi skulle komme i mål.

Litteraturliste

- Andersen, T. (2006) *Reflekterende prosesser*
Dansk Psykologisk Forlag
- Anderson, H., Jensen, P. (2008) *Inspirasjon. Tom Andersen og reflekterende prosesser*
Gyldendal Norsk Forlag AS
- Askland, L. (2006) *Det personlige i det profesjonelle*, Gyldendal Norsk
Forlag AS
- Cummings, T. & Worley, C. (2005) *Organization Development and Change*
South Western, part of the Thompson Corporation
- Darmer, P. og Nygaard, C. (2005) *Paradigmatenkning (og dens begrensninger),
samfundsvitenskapelige analysemetoder*
Forlaget samfunnslitteratur, Fredriksberg, København
- Elkjær, B. (2004) *Organizational Learning - The Third Way*
Management Learning The Danish University of
Education, Denmark
- Gotvassli, K.Å. (2007) *Kunnskaps- og prestasjonsutvikling i organisasjoner*
Rasjonalitet eller intuisjon og følelser?
Tapir Akademisk Forlag
- Haslebo, G. og Nielsen, K.S. (2003) *Konsultasjoner i organisasjoner. Hvordan mennesker
skaper ny mening*
Dansk Psykologisk Forlag A/S
- Irgens E. (2007) *Profesjon og organisasjon*
Fagbokforlaget

- Jacobsen, D.I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser*
Høyskoleforlaget
- Johannesen, J-A, Olsen, B og Olaisen, J. (1999) *Aspects of innovation theory base and knowledge-management*
International Journal of Management 19 (121-139)
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju,*
Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lundby, G. (2000) *Historier og terapi – Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*
Tano Aschehoug
- Luft, J. (1969) *Of Human Interaction*
National Press Books
- Myerhoff, B. (1980) *Number Our Days*
Universitetsbiblioteket, Umeå
- Myerhoff, B. (1986) *Life not death in Venice: Its second life*
University of Illinois Press, Chicago
- Ness, H. (2003) *Den sosiale konstruksjon av aktører og organisasjonsoppskrifter ved Aker Verdal 1771-2002*
Rapport 12, Levanger, Høgskolen i Nord-Trøndelag
- Newell S., Robertson M. Scarbrough H., Swan J. (2002): *Managing knowledge work*
Houndmills, Palgrave Macmillan
- Nonaka, I., Takeuchi, H. (1995) *The Knowledge-Creating Company*
Oxford University Press, Inc.

- Rennemo, Ø. (2006) *Levèr og Lær*
Universitetsforlaget
- Røvik, K.A. (2007) *Trender og translasjoner*
Universitetsforlaget AS
- Von Krog, G., Ichijo, K, Nonaka, I. (2007) *Slik skapes kunnskap*
N.W. Damm & Søn
- Wadel, C. (2005) *Samhandling og relasjoner, mellommenneskelig tenkning
i dagliglivet*
SEEK a/s, Flekkefjord

Artikler:

- Gotvassli, K.Å. (2009) *Kan kunnskapsorganisasjoner ledes?*
Kronikk, Trønder – Avisa 15.mai
- Johannessen, J.A., Olsen, B., Olaisen, J. (1999) *Aspects of innovation theory based on
knowledge management*
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004) *A phenomenological hermeneutical method for
researching lived experience. Scandinavian Journal of
Caring Sciences 18: side 145 – 153*
- Lundby, G. (2005) *Reflekterende team som hedrende seremoni*
Universitetsforlaget

Liste over figurer

Figur 1: **Ulike perspektiv i forhold til samhandling.** Tilpasset etter Wadel (2005:14)

Figur 2: **Johari Vindu** Tilpasset etter Luft (1961) fra Cummings & Worley (2005: 224)

Figur 3: **The Knowledge Spiral** Nonaka og Takeuchi (1995:71)

Figur 4: **Spiral of Organizational Knowledge creation** Nonaka og Takeuchi (1995:73)

Figur 5: **Femtrinnsmodellen for læringsprosessen** Irgens (2006: 49)

Liste over tabeller

Tabell 1: **Strukturelt og prosessuelt perspektiv på kunnskap** Newell et. al (2002:8)

Tabell 2: **Hvordan skape kunnskap 5x5-matrisen** Von Krogh et. al (2005:153)

Tabell 3: **Grunnleggende antagelser ved forskjellige forskningsparadigmer**
Ness (2003:32)

Liste over vedlegg

Vedlegg 1: Basisavtale for Samhandling mellom sykehuset og kommunene (1997)

Vedlegg 2: Strategidokument: Helhetlige helsetjenester – felles ansvar. En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF
10.juni 2010-08-28

Vedlegg 3: Informasjonsskriv: Pilotprosjekt om samhandlingen mellom DPS Stjørdal og fastleger

Vedlegg 4: Refleksjonsnotat: Refleksjoner i ettertid fra leder ved DPS Stjørdal

Refleksjoner fra leder ved DPS Stjørdal

Helsetilsynets gjorde i 2009 en undersøkelse ved flere av landets DPS. De sjekket om driften var i tråd med gjeldende lover og forskrifter. Vårt DPS hadde ingen avvik. Derimot fikk vi en merknad som sa at vi måtte bedre samarbeidet med fastlegene i vårt opptaksområde.

Vi har lenge hatt samarbeidet med fastlegene i fokus og blitt kvantitativt målt hvor tilfreds fastlegene har vært med oss som DPS. Likevel viste tilsynet at vi ikke er gode nok. Problemstillingen og metoden i denne masteravhandlingen er en for oss ny måte å tilnærme seg samhandlingsområdet på.

Etter at undersøkelsen er gjennomført sier deltakerne at dette var positivt. De har fått en ansikt og en historie å forholde seg til når det gjelder samarbeidspartnere. De er ikke kun et navn lenger. Vi har flere eksempler på at dialogen har blitt bedre. De ulike parter har fått mer forståelse for hverandres virkelighet og hverdag hevdes det. Det er skapt nye forutsetninger for samhandling.

Slik jeg som avdelingsleder ser det, er læringsaspektet stort. Det å sitte i lytteposisjon, å virkelig høre på hva våre samarbeidspartnere har å si om oss, gjorde noe med oss. Det rørte ved noe personlig, som ingen annen spørreundersøkelse tidligere har gjort. Et utrolig holdningsskapende endringsarbeid har startet.

Refleksjonene etter at de ulikes historier hadde kommet frem, skapte et fellesskap. Det oppsto på en måte en felles gruppe, med et mål; bedre samhandlingen. Plutselig ble det vi, og ikke dem og oss.

30.08.10.

Ann-Inger de Vroeghe
Hed. leder
DPS - Stjørdal

Basisavtale for samhandling mellom
sykehuset og kommunene (v. 2.1)
Utarbeidet ved: Helse Nord-Trøndelag

Godkjent av: Stenvik, Øivind (Helsefaglig
rådgiver)
Dokumentet angår: Alle ansatte

BASISAVTALE FOR SAMHANDLING
mellom
Helse Nord-Trøndelag HF

og

..... **kommune**

1. FELLES OVERORDNET MÅL

Kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF har som mål å utvikle en effektivt samhandling for å bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, habilitering/rehabilitering, pleie og omsorg skal skje slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom pasient, pårørende, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i en sammenhengende tiltakskjede.

Avtalen omfatter alle omsorgsnivå (Poliklinikk, ambulerende tjeneste, dagbehandling, observasjonsplass, innleggelse) og tjenesteområder (utredning, behandling, habilitering/ rehabilitering, pleie og omsorg).

Avtalen forutsetter at det ikke etableres rutiner for økonomiske oppgjørsordninger mellom kommuner og helseforetak, uten at dette avtales særskilt mellom partene.

2. HENVISNING TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN

2.1 HENVISNINGSIINSTANS

I den grad lov og forskrifter ikke er til hinder for det, skal henvisning til spesialisthelsetjenesten skje med basis i vurderinger gjort av primærlege eller andre som har slik myndighet.

2.2 HELHETLIG INFORMASJON

Kommunen har ansvar for nødvendig helhetlig informasjon ved henvisning av pasienter dersom det er mulig. Dette innebærer at informasjon fra ulike tjenesteytere, for eksempel legetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten, sosialtjenesten, barnevernstjenesten, skoleetaten og trygdeetaten må fremgå av henvisningen, dersom dette er av betydning for videre utredning, behandling, habilitering/rehabilitering og tilrettelegging.

2.3 MOTTAK, SAKSBEHANDLING OG SVARRUTINE

Spesialisthelsetjenestens mottaks- og saksbehandlingsrutiner av henvisninger skal oppfylle de til enhver tid gjeldende lovbestemmelser. Fullført saksbehandling skal følges opp ved informasjons- og svarrutiner som sikrer pasientens rettigheter (kfr. vurderingsgarantien, rett til nødvendig helsehjelp, individuell behandlingsfrist, rett til fritt sykehusvalg, rett til å klage)

2.4 INNHENTING AV TILLEGGSIFORMASJON

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å innhente nødvendig tilleggsinformasjon fra pasient/pårørende og kommunale instanser, når dette anses nødvendig for å gjennomføre prioritering, planlegging og informasjon i tilknytning til tjenesten.

2.5 RUTINER/SKJEMA

Det innføres hensiktsmessige rutiner og skjema tilpasset behovet i de enkelte sykehusavdelinger.

3. SAMHANDLING I FORBINDELSE MED UTREDNING OG BEHANDLING

3.1 KOORDINATORFUNKSJONER

For å ivareta samhandlingen best mulig skal det i kommunen og helseforetaket være definert og gjort kjent hvilke(n) instans(er) som er tillagt koordinatorfunksjoner. I spesialisthelsetjenesten skal denne funksjonen være tillagt avdelingssykepleier/enhetsleder eller deres stedfortreder. Koordinators oppgave er å motta og firmidle henvendelser fra ulike samarbeidsinstanser, og sørge for at informasjon når fram til de faglig ansvarlige for den enkelte pasient.

3.2 SAMHANDLING

Ved planlegging av utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten (poliklinikk, innleggelse) er det viktig at det praktiseres god samhandling mellom ansvarlig enhet og kommunal instans. Dette skal sikre nødvendig informasjonsutveksling om

- Hjemmeforhold
- Sosial situasjon
- Kommunenes tjenestetilbud
- Planlegging av syketransport
- Behov for nye eller endrede hjelpetiltak som følge av sykdom og behandling

Planleggingen kan skje skriftlig, ved telefonkontakt, ved møte i spesialavdeling eller i kommunen, evt. ved besøk i pasientens hjem. Konklusjonene dokumenteres skriftlig av spesialisthelsetjenesten, med kopi til kommunen.

3.3 RUTINER FOR SAMARBEID

Både helseforetaket og kommunen har ansvaret for å utøve slikt samarbeid. Det skal alltid skje hvis pasienten ønsker det. Det skal foreligge rutiner for informasjon til pasienten og for praktisering av samarbeidet.

4. FORBEREDELSE TIL OVERFØRING

4.1 INDIVIDUELL PLAN

Behov for langvarige og koordinerte tjenester skal i samråd med pasienten utløse arbeid med individuell plan (IP) før pasienten defineres som overføringsklar. Dette gjelder pasienter hvor sykdommen eller dens virkninger gjør det nødvendig å sikre måloppnåelse gjennom tiltak som krever samhandling og ansvarsavklaring mellom to eller flere tjenesteytere.

Dette betyr at arbeidet med IP skal være iverksatt, og det skal foreligge avtale som sikrer at arbeidet blir fullført. Ansvar for å initiere arbeid med IP påhviler den enkelte pasientansvarlige lege eller sykepleier, evt. også andre med selvstendig faglig ansvar

som identifiserer behovet, kfr. Forskrift om IP. Det skal være utarbeidet prosedyre for samhandling mellom tjenestenivåene i slike tilfelle.

4.2 OVERFØRINGSKLAR

I denne avtalen defineres pasienten som “overføringsklar” når det er planlagt oppfølging på et annet helsetjenestenivå.

En pasient er overføringsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

- Problemstillingen(e) slik disse var formulert av henvisende instans skal være avklart
- Øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart
- Dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for
- Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose, samt videre plan for oppfølging av pasienten
- Pasientens samlede funksjonsnivå, - endring fra tidligere tilstand og forventet framtidig utvikling skal være vurdert
- Dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde skal pasienten henvises videre

4.3 HÅNDTERING AV FUNKSJONSSVIKT

Den enkelte faginstans i helseforetaket skal definere og initiere tiltak som er nødvendige for håndtering av funksjonssvikt, kfr. punkt 4.1 vedr. individuell plan. Tiltakene skal kunne videreføres på et faglig forsvarlig nivå i primærhelsetjenesten. Økonomiske konsekvenser skal være avklart før ansvaret overføres. Ansvarlig for mottak av pasienten i kommunen skal være identifisert ved navn.

Når det oppstår behov for å involvere personell fra kommunen i tilknytning til opphold for sterkt funksjonshemmede pasienter i spesialisthelsetjenesten, skal det på forhånd være avtalt varighet og økonomisk oppgjør for slik følgetjeneste, og avtalen skal være skriftlig.

4.4 VEILEDNINGSPLIKT

Spesialisthelsetjenesten har lovbestemt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Dette skal sikre at personell i kommunene får den bistand til opplæring og rådgivning som er nødvendig for å ivareta sine oppgaver overfor enkeltpasienter eller pasientgrupper på forsvarlig måte, både m.h.t. utredning, behandling, habilitering/rehabilitering og pleie. Dette gjelder både i forhold til pasienter som planlegges overført fra spesialisthelsetjenesten og for pasienter som er under kommunalt ansvar, dersom det oppstår problemer som kommunehelsetjenesten trenger bistand til å løse.

4.5 BEHOV FOR KONTINUERLIG BISTAND

Når det er avklart at en pasient har behov for kontinuerlig bistand til behandling, pleie og habilitering/rehabilitering, skal

- spesialisthelsetjenesten i samråd med pasient/pårørende gi skriftlig og muntlig melding til kommunen, slik at inngåelse av avtaler for videre oppfølging kan skje tidligst mulig
- spesialisthelsetjenesten og kommunen i fellesskap med pasient/pårørende definere målsetting, tiltak og ansvar, kfr. punkt 4.1 vedr. individuell plan

- det er en forutsetning at informasjonsutvekslingen mellom helseforetak, kommune, pasient og pårørende gir rom for nødvendig tid før pasienten får status som overføringsklar jfr. pkt 4.8.
- henvendelse fra spesialisthelsetjenesten skjer ved godkjent meldingsblankett, forutsatt samtykke fra pasient/pårørende

Både spesialisthelsetjeneste og kommune kan forlange et møte for å avklare spørsmål og ansvarsforhold i forbindelse med overføring.

4.6 UTREDNING OG BEHANDLING

Den utredning og behandling som er tilfredstillende ut fra godt klinisk skjønn skal anses tilstrekkelig. Helseforetaket har det faglige ansvaret for slike vurderinger. Dersom det under utredningen finnes vesentlige medisinske tilstander utenom de rent akuttmedisinske, skal også relevante behandlingstiltak iverksettes. Helseforetaket skal dessuten ta initiativ til å ivareta sosiale og trygdemessige forhold som følger av situasjonen under pasientens kontakt med sykehuset.

4.7 ROLLEFORDELING

Helseforetaket har det juridiske ansvaret for å avgjøre når pasienten er overføringsklar og fatter beslutning om dette. Samtidig kan spesialist- og kommunehelsetjenesten etter overføring ha et delt ansvar for pasienten, kfr. punkt 4.1. vedr. individuell plan. Dette gjelder bl.a. ved videreføring av oppgaver knyttet til utredning, behandling, opplæring, veiledning og habilitering/rehabilitering. Ved overføring av oppgaver må det derfor ved behov beskrives en tydelig rollefordeling som dokumenteres av spesialisthelsetjenesten ved overføring. Dette gjelder både for somatiske og psykiatriske pasienter.

4.8 TIDSRIST VED OVERFØRING

Når det er fattet beslutning om overføring og kommunen er varslet, kan kommunen i vanlige tilfelle bruke inntil 7 dager for å etablere nødvendige hjelpetiltak før overføring. Perioden på 7 dager er satt som norm, ut fra en vurdering av hva som vil gjelde de fleste pasienter. I enkelte tilfelle kan overføring avtales raskere, - i andre tilfelle vil forberedelse til overføring kreve lengre tid. Så langt det er mulig bør det avtales en individuelt fastsatt dato for overføring.

4.9 KOMMUNALE TJENESTER

Hvilke kommunale tjenestetilbud pasienten skal ha, er det kommunens ansvar å beslutte i dialog med pasient, evt. nærmeste pårørende. Spesialisthelsetjenesten kan ikke love eller bevilge tjenester på kommunens vegne. Vurderinger av hva som er egnet gjøres av aktuelle kommunale organer og spesialisttjeneste i fellesskap, og alltid i samråd med pasient og pårørende, kfr. punkt 4.1. Ved tildeling av kommunale tjenester, er det som oftest krav om at det fattes enkeltvedtak som kan påklages.

4.10 DOKUMENTASJON VED OVERFØRING

Når pasienten overføres til kommunalt nivå, skal det foreligge

- nødvendig skriftlig pasientinformasjon
- sykepleierrapport fra sykehuset til pleie- og omsorgsansvarlig i kommunen
- epikrise til pasientens faste lege og/eller tilsynslege
- eventuelle rapporter til annet relevant fagpersonale
- dokumentasjon for på hvilken måte helseforetakets veiledningsplikt skal oppfylles (når det er aktuelt)

- etablert arbeid med individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester (kfr. punkt 4.1)
- navn på person som er ansvarlig for å motta pasienten i kommunen

Sykepleier rapport og epikrise skal inneholde konkrete råd om kontroll, behandling, evt. habilitering/rehabilitering av pasienten i kommunehelsetjenesten. Når pasienten overføres er det spesialisthelsetjenestens ansvar å sikre at pasienten har nødvendige rekvisisjoner tilgjengelig. Informasjon om virkninger og eventuelle bivirkninger ved bruk av medikamenter skal så langt det er mulig være gitt før overføring.

5. VIDERE TILTAK

For pasienter med komplekse sykdomsbilder og stort omsorgsbehov er det avgjørende at tilbudet gies som en helhetlig tjeneste, der fokus er et sammenhengende pasientforløp. De største utfordringene i samhandling finner vi når tjenesteyterne er gjensidig avhengig av hverandre og når tjenestene skal ytes samtidig. I slike tilfelle vil det være behov for å utvide samarbeidsformene, for eksempel ved "åpen retur". Kfr. også punkt 4.1 vedr. individuell plan og punkt 4.5. om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt.

6. AVVIK

Samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er et viktig forbedringsområde. Dette omfatter også samhandlingen med andre tjenesteytere, for eksempel ambulansetjenesten. Det er derfor nødvendig å fange opp hendelser hvor pasienter, pårørende og personell opplever avvik, slik at holdninger kan påvirkes og samarbeidet kvalitetssikres.

Samarbeidspartene skal registrere og rapportere avvik. Det skal anvendes et eget skjema for slik rapportering og oppfølging. Både helseforetak og kommune har ansvar for å utarbeide prosedyrer og oppnevne ansvarlig instans for behandling av avvik.

7. FASTE SAMARBEIDSORDNINGER

7.1. SAMARBEIDSUTVALGET

Mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag etableres en løpende dialog gjennom Samarbeidsutvalget. Dette utvalget skal bidra til at Helse Nord-Trøndelag HF og kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag tilbyr våre felles pasienter og pårørende en samordnet og helhetlig helsetjeneste.

Samarbeidsutvalget omfatter 5 KS-oppnevnte administrative og helsefaglige representanter for kommunene og 5 representanter for Helse Nord-Trøndelag. Helse Nord-Trøndelag ivaretar sekretariatsfunksjonen.

Samarbeidsutvalget skal utveksle erfaringer og synspunkter om aktuelle saker av felles interesse i den hensikt å gi råd til beslutningstakere i helseforetaket og KS/kommunene i Nord-Trøndelag.

7.2. ARBEIDSUTVALGET

Med utgangspunkt i Samarbeidsutvalget oppnevnes et Arbeidsutvalg, sammensatt av medlemmer både fra kommunalt nivå og fra helseforetaket.

Arbeidsutvalget er innrettet med siktemål på en rullerende besøksordning og andre former for dialog med enkeltkommuner eller flere kommuner som regelmessig gjør

bruk av helseforetakets tjenester.

Arbeidsoppgavene er

- å sørge for utveksling av informasjon og erfaringer om samarbeidet mellom tjenestenivåene
- å utvikle en bedre gjensidig kunnskap om de utfordringer helsetjenesten står overfor
- å bygge opp gode relasjoner mellom ansvarsnivåene i helseforetaket og kommunene

7.3 SAMARBEIDSKONFERANSER

Samarbeidsutvalget har ansvar for å arrangere samarbeidsmøter mellom helseforetaket og kommunene minst en gang årlig, for eksempel i form av en samarbeidskonferanse. Ved disse møtene skal også brukerrepresentanter delta.

7.4 ANDRE SAMARBEIDSFORMER

Møter kan også gjennomføres kommunevis, interkommunalt, eller for bestemte tjenester/fagområder. Ansvar for gjennomføring (utarbeidelse av program, innkalling, møteledelse og referat) kan alternere mellom helseforetaket og kommunene.

7.5 KOMPETANSEUTVEKSLING

Det er vedvarende behov for å utveksle kompetanse og utvikle gode samarbeidsrelasjoner mellom helseforetakets og kommunenes helsepersonell.

Dette behovet kan møtes på flere måter: ved gjennomføring av samarbeidskonferanser (pkt. 7.3), ved planlagte møter arrangert for bestemte faggrupper eller med bestemte tema (pkt. 7.4), ved veiledning og rådgivning mellom personell i helsetjenesten, og ved hospiterings- eller besøksordninger for personellgrupper eller enkeltindivider.

Hospiteringsordninger vil ofte stille krav til gjensidige avtaler for å kunne realiseres. Begge parter har i denne sammenheng ansvar for å medvirke.

8. IVERKSETTING OG VARIGHET

- 8.1 Avtalen er 4-årig og trer i kraft 1.1.2007 og varer til 31.12.2010. Avtalen skal evalueres og eventuelt reforhandles innen utløpet av avtaleperioden.
- 8.2 Begge parter kan si opp avtalen med 6 måneders varsel. Det forutsettes også da at den skal evalueres og eventuelt reforhandles.
- 8.3 I tillegg til ovenstående avtale, kan den enkelte kommune inngå tilleggsavtale med helseforetaket. Denne skal i tilfelle bygge på prinsippene i Basisavtalen.

Helhetlige helsetjenester – FELLES ANSVAR

En felles strategi for samhandling
mellom kommunene i Nord-Trøndelag
og Helse Nord-Trøndelag HF



Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
2. Behovet for bedre samhandling	4
2.1 Samhandlingsreformen	4
2.2 Sykeheimer – Lokalmedisinske sentra	5
3. Helhetlig planlegging	7
4. Overordnet målsetting for samhandlingen	8
5. Strategier og målområder	9
5.1 Arkitektur for samhandling	9
5.1.1 Basisavtale for samhandling mellom kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag	9
5.1.2 Samarbeidsutvalget mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag	10
5.1.3 “Kommuneregioner”	10
5.1.4 Andre samarbeidsfora mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste	11
5.1.5 Brukermedvirkning	12
5.2 Kommunikasjon i samhandlingsstrategien	12
5.3 Helsefremmende og forebyggende strategier. Læring og mestring	14
5.4 Forsknings- og fagutviklingsstrategier	15
5.5 Standardisering av pasientforløp	16
5.6 Oppgavedeling som strategi	17
5.7 Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer	17
5.8 Rekrutterings- og kompetansefremmende strategier	18
5.9 Elektroniske samhandlingsstrategier	18
5.10 Økonomiske stimuleringsordninger	19
6. Handlingsplan	20
6.1 Tiltak i 2010	20
6.2 Tiltak i 2011	23
6.3 Tiltak i 2012	25
7. Avslutning	27

Utarbeidet i regi av
Samarbeidsutvalget
10. juni 2010

Vedtatt av
Samarbeidsutvalget
10. juni 2010

1. Innledning

En av hovedutfordringene i norsk helsevesen er fragmenteringen av tjenestene. Mangelfull helhetstankning og koordinering er en viktig årsak til pasientopplevd og systemmessig kvalitetssvikt, dårlig ressursutnyttelse og et svekket omdømme.

“Dårlig samhandling kan og må beskrives som et organisatorisk og systemmessig problem. Men først og fremst må vi forstå at dette er et problem som gir unødig lidelse og problemer for pasient/bruker og pårørende” (HOD notat nr. 1, 2008:1).

Tiltak som kan styrke samhandlingen i helsevesenet innebærer et gevinstpotensial, både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet. Slike tiltak gjør oss i stand til bedre å løse helsevesenets oppgaver, både i nåtid og framtid.

Dersom helsetjenestene skal utvikles i en sammenhengende kjede, må sykehus og kommuner samarbeide med grunnlag i felles virkelighetsforståelse, felles mål og virkemidler.

Samarbeidsutvalget mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF behandlet i sitt møte 1/3-2010 *“Innspill til modell for organisering av samhandling og videre arbeid med framtidige strategier”*. Dette danner grunnlag for å utvikle en felles samhandlingsstrategi gjennom en prosess som munner ut i en handlingsplan innen 1. juni 2010.

Samarbeidsutvalget gjorde 1/3-2010 følgende vedtak:

“Samarbeidsutvalget tar forslag til videre opplegg for framtidige strategier for samarbeidsutvalget til etterretning og oppnevner Samarbeidsutvalget som styringsgruppe for arbeidet. Det oppnevnes to medlemmer fra kommunene til strategigruppa og to fra Helse Nord-Trøndelag HF. Kari Bratland Totsås vil være leder for strategigruppa. Det utnevnes egen sekretær for strategiutvalget”.



Strategigruppa har bestått av følgende medlemmer:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås,
Helse Nord-Trøndelag HF (Leder)

Kommunalsjef velferd Tone Haugan,
Verdal kommune

Pleie- og omsorgsleder Håkon Kolstrøm,
Grong kommune

Medisinskfaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik,
Helse Nord-Trøndelag HF

Avdelingsleder Bernt Harald Opdal,
psykiatrisk klinikk, Helse Nord-Trøndelag HF

Helsefaglig rådgiver Øyvind Stenvik,
Helse Nord-Trøndelag HF (Sekretær)

2. Behovet for bedre samhandling

2.1 Samhandlingsreformen

Etter forberedende arbeid med Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47 2008–2009) ble innstillingen fra Stortingets helse- og omsorgskomite behandlet i Stortinget 27/4-2010. Innledningsvis i denne innstillingen er det pekt på de store utfordringene helsetjenestene står overfor:

- Behovet for sterkere koordinering av tjenestene
- Utilstrekkelig innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Den demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I et sammendrag av Stortingsmelding nr. 47 skisseres deretter innsatsområdene og tiltakene i forhold til

- Ny framtidig kommunerolle
- Styrking av forebyggingsarbeidet
- Spesialisthelsetjenestens organisering og oppgaver
- Krav til ledelse og organisering
- Frivillige organisasjoners rolle
- Pasientrolle og pasientforløp
- Bedre legetjenester i kommunene
- Kompetent helsepersonell
- Etablering av økonomiske insentiver

I komiteens merknader til innstillingen er det tatt utgangspunkt i målsettingen om å redusere sosiale helseforskjeller og sikre likeverdige tjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes



livssituasjon. Det er vist til at disse målsettingene kan nås gjennom

- Styrking av kommunehelsetjenesten
- Økt satsing på folkehelsearbeid
- Etablering av lokalmedisinske sentra
- Utvikling av lokalsykehusenes rolle i spesialisthelsetjenesten

2.2 Sykeheimer – Lokalmedisinske sentra

De hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenestene i kommunene er, og vil i enda sterkere grad i årene som kommer, være kjernefunksjoner i den kommunale helsetjenesten. Det har vært rettet mye oppmerksomhet mot sykeheimenes funksjoner. Det er viktig å påpeke at disse i stor grad avhenger av:

- Velfungerende hjemmebaserte tjenester
- Tydelig fokus på identifisering av risikogrupper og forebyggende strategier
- Klare målsettinger for hvilke tjenester sykeheimene skal kunne yte
- Personellressurser og kompetanse som står i forhold til disse målsettingene

Med grunnlag i Stortingsmelding nr. 47 er det ikke uten videre mulig å tegne et ensartet bilde av hvordan de kommunale institusjonene skal utvikles

for å møte utfordringene. *“Det synes klart at målsettingene for samhandlingsreformen vil innebære behov for en faglig og ressursmessig styrking av sykeheimer for å kunne overta noen av de funksjonene sykehusene har i nå-situasjonen.”*

Det er allerede rundt omkring i vårt land etablert **distriktsmedisinske sentre (DMS)**. Slike sentre inneholder ulike typer tjenester, bl.a.; **“intermediære sengeplasser”**, spesialist-poliklinikker, dialyseenheter osv. Begrepet “intermediære” behandlingstilbud blir i nå-situasjonen *“..definert som spesialisttjenester i overgangsfasen mellom sykehus og kommune”*, og gjelder pasienter som er ferdig utredet i sykehus og kan gjennomføre behandlingen med en lavere ressursinnsats i et DMS. Slike institusjonsplasser blir dermed en “mellomstasjon” mellom nivåene, hvor målgruppa er pasienter **“på veg ut fra sykehus”**.



I planleggingen og gjennomføringen av Samhandlingsreformen vil det også være behov for å gi tjenester til pasienter som på kort varsel har behov for observasjon, funksjonsvurdering, enklere diagnostikk, behandling og rehabilitering, og som ofte i dagens praksis innlegges i sykehus som øyeblikkelig hjelp – pasienter som er **“på veg inn til sykehus”**. I hovedsak gjelder dette risikoutsatte pasienter med en eller flere kroniske sykdommer, pasienter som i den kommunale legevaktjenesten eller i de hjemmebaserte tjenestene, har behov for tettere oppfølging enn hva det vil være mulig å yte i pasientens bolig.

De **distriktpsikiatriske sentre (DPS)** skal gi et allmennpsykiatrisk behandlingstilbud nært brukeren og i nært samarbeid med kommunene. Ifølge Stortingsmelding nr. 25 (1997–98) skal DPS ivareta følgende funksjoner: Poliklinisk behandling, dagbehandling, korttids døgntilbud, langtidsbehandling og psykososial rehabilitering samt rådgiving og veiledning overfor kommunale tjenester.

I tillegg til DMS og DPS har vi også **rehabiliteringssentre**, som gir et tilbud om rehabilitering/opptrening til brukere som har behov etter en somatisk sykdom eller skade.

Forutsetninger for at kommunene skal kunne ivareta de pasientgruppene som i det foregående er beskrevet å være *“på veg inn”* eller *“på veg ut”*, vil bl.a. være:

- Flere ansatte og høyere kompetanse i sykeheimene
- God tilgang til legetjenester gjennom hele døgnet
- En organisering som sikrer dialog mellom den lokale legetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Løpende samhandling mellom en slik enhet og kommunens øvrige tjenester

Fra tidligere er begrepet *“forsterket sykeheim”* benyttet om slike kommunale institusjoner. Stortingsmelding nr. 47 lanserer begrepet **“lokalmedisinske sentra”** som en alternativ betegnelse på disse institusjonene. Det er innlysende at organiseringen av slike sentre i mange tilfeller vil forutsette et planmessig samarbeid mellom

to eller flere kommuner for å sikre grunnlaget for stabil og effektiv drift. *“Gjennomføringen av Samhandlingsreformen må ha som resultat at denne funksjonen blir en del av den ordinære kommunale helsetjenesten.”*

I oppfølgingen og gjennomføringen av Stortingsmelding nr. 47 vil det i denne sammenheng bli en utfordring for kommunene å finne fram til en riktig avveining mellom *oppgaver som bør og skal løses i den enkelte kommune, i forhold til oppgaver som best kan løses gjennom interkommunale forpliktende avtaler*. Det vil også bli en utfordring å utarbeide klare effektmål og synliggjøre resultater som en del av grunnlaget for en omfordeling av ressurser mellom helseforetak og kommuner. Velfungerende **“lokalmedisinske sentra”** vil i forbindelse med reformen som omfatter organiseringen av kommunehelsetjenesten og oppgavedelingen i forhold til spesialisthelsetjenesten, være en viktig forutsetning for å oppfylle de overordnede målsettingene. Funksjonen kan oppsummeres slik:

- En ny sentral del av den offentlige helsetjenesten
- Kommunale institusjoner med flere tjenester som er tilpasset lokale forhold
- Institusjoner som utfordrer tradisjonell tenkning om profesjonenes arbeidsområder og ansvarsdelingen mellom tjenestenivåene
- Institusjoner med lavterskeltilbud til befolkningen
- Kompetanse- og ressursentre for pasienter, pårørende, helsepersonell, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner m.fl.

I utformingen av en felles strategi for kommunene og spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, vil det være nødvendig å bygge på hovedtrekkene i den nasjonale strategien. Det vises til etterfølgende strategier, målområder og tiltak.

3. Helhetlig planlegging



For alle aktiviteter som utløses i den videre oppfølging av strategidokumentet, skal følgende kontrollpunkter være gjennomdrøftet og besvart før oppstart:

- Målsetting
- Tiltak
- Ansvar/organisering
- Start/slutt
- Kommunikasjon
- Ressursbehov/kostnader
- Effektmål
- Evaluering
- Rapportering

Å operasjonalisere vil si:

- Å beskrive hva som skal prioriteres, styres og koordineres innenfor et definert tidsrom. Dette kan eksempelvis skje gjennom en plan som omfatter deler av året, eller evt. hele året.
- Å beslutte hvilke instanser som iverksetter og gjennomfører tiltak innenfor definerte rammer.
- Å sørge for at de innsatsområder og tiltak som settes i fokus, blir fulgt opp gjennom egnet måling, evaluering og rapportering.
- Å sørge for at det ved slutten av året, eller ved prosjektslutt, blir utarbeidet en rapport som oppsummerer aktiviteter og resultatene ved den virksomheten som er utløst. Rapporten vedlegges aktuell statistikk som viser den enkelte kommunes bruk av spesialisthelsetjenester.
- Å sørge for at viktige resultater og erfaringer blir gjort kjent for samarbeidsinstanser, brukergrupper og allmenheten gjennom de mediestrategier man har vedtatt å anvende.

Årsrapporten danner grunnlag for en evaluering og gir noe av grunnlaget for neste års plan.

4. Overordnet målsetting for samhandlingen

Mellom kommunene og helseforetaket skal en felles strategi og strukturerte samarbeidsformer bidra til:

- *At brukerne opplever en likeverdig, helhetlig og forutsigbar tjeneste med god kvalitet på bruker-, system- og fagnivå.*
- *At oppgavedelingen mellom tjenesteyterne innrettes ut fra målsettingen om en mer effektiv (samfunnsøkonomisk) utnyttelse av disponible ressurser.*
- *At effekten av styrket samhandling er målbar og blir evaluert.*



5. Strategier og målområder

5.1 Arkitektur for samhandling

Med "arkitektur" menes fastlagte organisatoriske samarbeidsstrukturer som sikrer at virksomheten utøves i et oversiktlig faglig og administrativt nettverk. Innenfor dette nettverket skal samarbeidet være forankret i de strategier som til enhver tid gjelder og de oppgaver/tiltak som blir prioritert.

5.1.1 Basisavtale for samhandling mellom kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag

MÅLSETTING

Gjennom skriftlige avtaler mellom likeverdige parter skal det utvikles en samhandlingskultur som fører til at brukere får helhetlige og forutsigbare tjenester. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, habilitering/rehabilitering, pleie og omsorg skal gjennomføres slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom bruker, pårørende, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i en sammenhengende tiltakskjede.



Tiltak	År
Basisavtalen justeres, og gis utvidet gyldighet til 31/12-2011	2010
Det iverksettes et arbeid med en mer omfattende revisjon av Basisavtalen sett i lys av Samhandlingsreformens videre konkretiseringer	2011

5.1.2 Samarbeidsutvalget mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag

Samarbeidsutvalget består av representanter fra Helse Nord-Trøndelag HF, representanter fra kommunene i Nord-Trøndelag oppnevnt av KS, representant fra rehabiliteringsinstitusjonene samt at representant fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har møterett. Náværende Samarbeidsutvalg er valgt for perioden 1.1.2010 til 31.12.2012.

MÅLSETTING

Gjennom formalisert samarbeid mellom aktørene i helsetjenesten skal det sikres god dialog og erfaringsutveksling, som et grunnlag for at pasientene får en mer helhetlig tjeneste, og et felles eierskap til tjenestene. Samarbeidsutvalget skal være avtalemessig forankret i Basisavtale for samhandling mellom nivåene og utøver sin virksomhet med grunnlag i de omforente overordnede strategiske målene.

Tiltak	År
Årsplan for 2010 fastlegges med grunnlag i Strategiplan	2010
Årsplan for 2011 utarbeides	2010
Årsrapport for 2010	2011
Samarbeidsutvalget har minimum seks møter i året	2011
Gjennomgang av felles styringsindikatorer to ganger årlig	2011
Helseledernetverk i Nord-Trøndelag KS/Fylkesmannen/Spesialisthelsetjenesten	2010

5.1.3 "Kommuneregioner"

Det er 24 kommuner i Nord-Trøndelag. I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til to kommuner i Sør-Trøndelag og en kommune i Nordland.



MÅLSETTING

Som ledd i overordnede mål kan det være formålstjenlig å legge kommunenes samhandlingsaktivitet til regionale strukturer. Det forutsettes at det arbeides videre med å få hensiktsmessig struktur og størrelse på samarbeidende kommuneområder i Nord-Trøndelag.

Hensikten med etablering av "kommuneregioner" kan bl.a. være å:

- Identifisere felles oppgaver
- Utvikle hensiktsmessige strategier for å løse slike oppgaver
- Organisere og gjennomføre de tiltak oppgavene krever
- Ivareta representasjon overfor andre samarbeidsinstanser

Tiltak	År
Kommunenes tilhørighet til "kommuneregioner" avklares	2010
"Kommuneregionene" etablerer samhandlingskoordinatorordning	2011

Selv om det fastlegges en ordning som beskriver kommunenes regionvise tilhørighet, vil det i enkelte sammenhenger sannsynligvis være behov for at noen kommuner eller "kommuneregioner" også innretter et samarbeid ut over regiongrensene. Eksempler på dette er namdalskommuner som samarbeider om legevakt og en felles rehabiliteringsinstitusjon på Høylandet. Leksvik kommune som vurderer samarbeidsordninger mot andre kommuner på Fosenhalvøya gjennom Fosen DMS. Stjørdal kommune som samarbeider med kommuner i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital.

5.1.4 Andre samarbeidsfora mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste

MÅLSETTING

Kunnskap om aktiviteter på ulike samarbeidsarenaer skal gi mulighet for koordinering av oppgaver, ressurser og erfaringsutveksling.

Dette omfatter andre arenaer hvor representanter for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er deltakere, eksempelvis *faglige* og *administrative* samarbeidsarenaer mellom kommunene, "kommuneregioner" og aktører i helseforetaket, fellesarenaer på fylkesnivå, regionale fora. Det finnes en rekke slike fora. I tiltakslisten er det satt fokus på hvilke fora som er et grunnlag for å sikre en god "samhandlingsarkitektur".

Tiltak	År
Årlig Samarbeidskonferanse mellom kommunene/KS, Helse Nord-Trøndelag HF og rehab.inst.	Etablert
Medisinskfaglig forum for namdalsregionen	2010
Medisinskfaglig forum for innherredsregionen	2010
Etablering av en ordning med klinikkvise koordinatorene for samhandling	2010
Faste møter mellom hver "kommuneregion" og Helse Nord-Trøndelag HF med fokus på aktuelle saker	2011
Faste møter mellom samhandlingsenheten i Helse Nord-Trøndelag HF og samhandlingskoordinator for den enkelte "kommuneregion"	2011

5.1.5 Brukermedvirkning

MÅLSETTING

Brukermedvirkning skal være en integrert del av samhandlingsstrategien for å sikre at så vel den

enkelte bruker som brukergrupper får sine interesser ivaretatt i planlegging og gjennomføring.

Tiltak	År
Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag blir tillagt oppgaven som referansegruppe i utviklingen av en felles samhandlingsstrategi	2010
Brukerutvalget oppnevner en fast representant til Samarbeidsutvalget	2010
Brukerorganisasjonene skal være representert i alle utredningsoppgaver og samhandlingsprosjekter som berører brukernes interesser	2010

5.2 Kommunikasjon i samhandlingsstrategien

MÅLSETTING

Styrket tillit til helsetjenestene gjennom aktiv og målrettet kommunikasjon mellom helseaktørene, og mellom helsetjenesten og befolkningen. I tillegg til god kommunikasjon og samhandling mellom kommunene og helseforetaket, er det viktig at det utvikles god intern kommunikasjon og

samhandling mellom ulike aktører internt i den enkelte kommune og internt i helseforetaket. Samhandlingen mellom partene i helsetjenesten skal være preget av åpenhet og respekt. Prosesser og tiltak innenfor samhandlingsfeltet skal preges av åpenhet og tilgjengelighet.

Tiltak	År
Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd	2010
Det skal opprettes et eget nettsted for samhandling	2011

Samhandlingen mellom partene i helsetjenesten skal være preget av åpenhet og respekt

- Strategier og handlinger som påvirker andre i helsetjenesten, skal aktivt kommuniseres til disse
- Informasjonen gjøres så langt som mulig, tilgjengelig på web
- Samarbeidsinstanser (organisasjoner og personer) skal omtales med respekt
- De ulike delene av helsetjenesten må tilstrebe å opptre samordnet

Prosesser og tiltak innenfor samhandlingsfeltet skal preges av åpenhet og tilgjengelighet

- Saklister, protokoller, deltakeroversikt og andre beskrivelser av ulike møtearenaer skal gjøres tilgjengelig for innsyn via internett
- Samarbeidsutvalget og underliggende utvalg/arbeidsgrupper skal aktivt søke medieeksponering av egen virksomhet og konkrete forbedringer som iverksettes

Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd

- Gjennom opprettelse av administrative og faglige arenaer under Samarbeidsutvalget
- Mellom tjenesteyterne og brukerne (involvering av allmennbeten, brukergrupper, Brukerutvalget) (kfr. punkt 5.1.5)
- Mellom helseaktørene (kfr. punkt 5.1.4)
- Overfor befolkningen gjennom åpen, tilgjengelig og aktiv informasjon



5.3 Helsefremmende og forebyggende strategier. Læring og mestring

MÅLSETTING

En av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver er opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenesten skal også fremme folkehelse og motvirke sykdom. Disse oppgavene må løses

i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og det er viktig at rollefordelingen mellom kommunen og helseforetakene blir avklart.

Helsefremmende arbeid er *befolkningsrettet* og angår de fleste samfunnssektorer i tillegg til helsetjenesten. Kommunene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide for å identifisere befolkningsgrupper, vurdere og iverksette tiltak.

Forebyggende helsearbeid er *individrettet* og skal hindre at sykdom oppstår, – at sykdom forverrer seg, eller at sykdom gir komplikasjoner. Forebyggende helsearbeid er helsetjenestens oppgave, og må løses i et samarbeid mellom bruker, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Primærforebygging har som mål å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade. Eksempler er helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vaksinerings, ulykkesforebygging, helseopplysning, lavterskeltilbud rettet mot risikogrupper.

Sekundærforebygging har som mål å forebygge tilbakefall og holde seg frisk. Eksempler er medisinerings, aktivisering, røykeavvenning, kostholdsveiledning.

Tertiærforebygging har som mål å lære å leve med problemet, men hindre at det blir verre. Eksempler er å klare dagliglivets gjøremål, trene opp funksjonsevne, læring og mestring (rehabilitering).

Tiltak	År
Nettverk for helsefremmende og forebyggende arbeid. Årlig samarbeidskonferanse for helsefremmende og forebyggende arbeid	Etablert
Ambulante team/poliklinikker for geriatri/demens/alderspsykiatri	2011
Rådgivning ved livsstilssykdommer	2011
Utvikling av tilbud innen læring og mestring i kommunal regi, med faglig støtte fra helseforetaket og brukerorganisasjonene/likemannsarbeidet	2011
Etablering og koordinering av ambulante team i kommuner og helseforetak	2012

5.4 Forsknings- og fagutviklingsstrategier

MÅLSETTING

Forsknings- og utviklingsarbeid skal gjennomføres innenfor tjenesteområder som er sentrale på samhandlingsfeltet, for å øke kunnskapen om

hvordan tjenestene faktisk virker – og for å dokumentere effekter av de tiltak som blir iverksatt.

Det må etterstrebtes større samordning av forsknings- og fagutviklingsressurser i Nord-Trøndelag. Det er i dag flere miljøer med ulike fortrinn og kvaliteter (NTNU, HiNT, HUNT, Omsorgsforskningssenteret, NAPHA m.fl.). Disse bør kunne forene og utnytte ressurser mer målrettet. Helsetjenesten i Nord-Trøndelag må ha en tydeligere rolle på etterspørselssiden når det gjelder samarbeid med disse miljøene.

Undervisningssykeheimenes og undervisningshjemmetjenestens rolle? Her er det arbeid på gang med å utvikle konseptene, og det vil relativt snart bli tydeliggjort hvilke funksjoner som blir tillagt disse tjenestene. Dette vil også omfatte nye og mer hensiktsmessige betegnelser. Eksempelvis er det foreslått å benevne disse tjenestene som *Utviklingscentre for omsorgstjenester i kommunene*.

Tiltak	År
Utvælgelse og kartlegging av pasientforløp og organisatoriske utfordringer for prioriterte pasientgrupper	2010
Undervisningssykeheimenes og undervisningshjemmetjenestens rolle må tydeliggjøres og utvikles	2011
Samarbeid med forskningsmiljøene om forsknings- og utviklingsoppgaver	2011
“Kommuned diagnose” – Epidemiologisk kartlegging gjennom bruk av HUNT-data	2012



5.5 Standardisering av pasientforløp

MÅLSETTING

Standardisering av pasientforløp (faglig og organisatorisk) skal utvikles innenfor relevante tjenesteområder, slik at overordnede målsettinger i helsetjenesten blir oppfylt og nødvendig/hensiktsmessig koordinering ivaretatt

- *Pasientenes rett til forsvarlige, forutsigbare, kvalitetsmessig gode og likeverdige tjenester blir sikret*
- *Kravet til effektiv samlet ressursutnyttelse blir hensyntatt*
- *Organisering av tjenestetilbud ut fra BEON-prinsippet er førende*

Tiltak	År
Utvikling av samhandlingsmodeller i forhold til alvorlig psykisk syke personer som har behov for koordinerte tjenester	2010
Utvikling av en minstestandard for sykeheimstjenester, herunder organisatoriske løsninger for lokalmedisinske sentre	2011
Pasienter med særlige behov for koordinerte helsetjenester får oppnevnt en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene	2011
Logistikkforbedring med fokus på tydeligere oppgavedeling mellom nivåene, redusert variasjon i tilgangen til kompetanse og kapasitet i tjenestene	2012



5.6 Oppgavedeling som strategi

MÅLSETTING

I omtalen av en **ny framtidig kommunerolle** legger helse- og omsorgskomiteen i Stortinget vekt på en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og en klarere fordeling av ansvar og oppgaver mellom nivåene. Ansvarsfordelingen må fastlegges gjennom konkretisering av oppgaver. Det skal derfor innføres et **forpliktende avtalesystem** mellom kommuner og samarbeidende helseforetak om oppgavedeling og samarbeid. Slike avtaler må omhandle prosesser og kriterier knyttet til overføring mellom nivåene, både ved innleggelse i, og utskrivning fra sykehus. Aktuelle oppgaver ut over dagens portefølje forutsetter at spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetansebygging/kompetanseutvikling for de kommunene/enhetene som har behov for det,

og at økonomi følger oppgaver som er klart definert.

Komiteens flertall mener at **lokalmedisinske sentre skal eies og drives av kommunene**, selv om det i slike sentre også skal kunne tilbys spesialisthelsetjenester. Komiteen mener også at fastleger må få større innflytelse på inntaksprosedyrene i sykeheimer og oppfølging etter innleggelse. Det betinger **godt forarbeid** før inntak i ledige plasser, og det forutsetter et **system/takstgrunnlag** for å kunne delta i tildelingsmøtene. Et alternativ kan være elektronisk samhandling i forkant og under møtene. Et tredje alternativ er at kommunen har egne "sykeheimsleger" som ivaretar den medisinske vurderingen.

Stjørdal DMS ble etablert i mars 2007 med 12 intermediære plasser, fire kommunale plasser, dialyseenhet og spesialistpoliklinikk innen gynekologi, ortopedi, radiologi, jordmortjeneste, samt andre kommunale tjenestetilbud. Et femårig samarbeidsprosjekt mellom Stjørdal kommune, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF.

Tiltak	År
Distriktsmedisinsk senter (DMS) Inntrøndelag	2010
Evaluering og re-design av distriktspsykiatriske sentre (DPS)	2010
Utarbeidelse av planer for et lokalmedisinsk senter i namdalsregionen	2011

5.7 Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer

MÅLSETTING

Kommuner og sykehus har hittil i beskjeden grad tatt i bruk indikatorer som kan benyttes som grunnlag for dialog og evaluering av samhandlingen mellom nivåene. En systematisk registrering og rapportering av styringsindikatorer mellom

tjenesteyterne, skal danne grunnlag for evaluering av kvaliteten i samhandlingen og bidra til en identifisering av innsatsområder, og si noe om hvordan avtalt oppgavefordeling fungerer.

Tiltak	År
Framskaffe oversikt over forskjeller i henvisningsrater, kunnskap om viktige pasientgrupper, forbruk av liggedøgn, re-innleggelser, tilgjengelighet til sykeheimstjenester, avvik i forhold til Basisavtalen etc.	2010

5.8 Rekrutterings- og kompetansefremmende strategier

MÅLSETTING

Kommunene og helseforetaket har både i nå-situasjonen og i årene framover et interessefelleskap knyttet til samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og rekruttering for å oppnå stabile og faglig kvalifiserte tjenester

med tilstrekkelig kapasitet. En strategi på dette området må ta utgangspunkt i de fagressurser som er sårbare på kort og lang sikt, og mulighetene for å skape robuste og attraktive fagmiljø gjennom samarbeid.

Tiltak	År
Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter/kompetansekordinator knyttet til fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten	2010
Etablering av et personalnettverk mellom "kommuneregionene" og helseforetaket	2011

5.9 Elektroniske samhandlingsstrategier

MÅLSETTING

Bruk av elektronisk verktøy skal bidra til å effektivisere og kvalitetssikre samhandlingen i helsetjenesten, slik at det kommer brukerne til gode.

Gjennom det nasjonale Meldingsløftet og Regional styringsgruppe for elektronisk samhandling, foregår et utviklingsarbeid som også omfatter Helse Nord-Trøndelag og KS. Det er gitt oppdrag til lokale koordinatorene på foretaksnivå og Helse Midt-Norge IT (HEMIT) i å bistå med implementeringen både i sykehus og primærhelsetjenesten. Arbeidet har vært i gang siden 2008, og det tas sikte på innføring av elektroniske henvisninger og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenestene i løpet av 2011. Deretter utbredning av elektroniske meldinger mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene.

Tiltak	År
Innføring av elektronisk henvisning og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenesten og sykehus	2011
Innføring av elektroniske meldinger mellom pleie- og omsorgstjenesten og sykehus	2011

5.10 Økonomiske stimuleringsordninger

MÅLSETTING

For å understøtte de overordnede mål i helsereformen skal det settes inn økonomiske virkemidler som bidrar til å fremme samhandlingen. Det pågår et nasjonalt arbeid for å utvikle hensiktsmessige finansieringsmodeller.

I påvente av denne avklaring vil det være nødvendig med stimulerings tiltak for å komme i gang med noen prioriterte samhandlingstiltak.

Tiltak	År
Det utarbeides prosjektforslag som er egnet til å utprøve effekter og vurdere hensiktsmessighet av økonomiske insentiver.	2011



6. Handlingsplan

6.1 Tiltak i 2010

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Basisavtalen justeres, og gis utvidet gyldighet til 31.12.2011	Arbeidsgruppe er nedsatt	15.4.2010	1.10.2010
Årsplan for 2010 fastlegges med grunnlag i Strategiplan	Samarbeidsutvalget i plenum		August 2010
Årsplan for 2011 utarbeides	Samarbeidsutvalget i plenum		15.11.2010
Kommunenes tilhørighet til "kommuneregioner" avklares	KS/kommunene		31.12.2010
Årlig Samarbeidskonferanse mellom kommunene/KS, Helse Nord-Trøndelag HF og rehabiliteringsinstitusjonene	Samarbeidsutvalget	Etablert	
Medisinskfaglig forum for namdalsregionen	Arbeidsgruppe nedsatt	2010	
Medisinskfaglig forum for innherredsregionen	Arbeidsgruppe nedsettes	2010	
Etablering av en ordning med klinikkvise koordinatorene for samhandling	Helse Nord-Trøndelag HF		31.12.2010
Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag blir tillagt oppgaven som referansegruppe i utviklingen av en felles samhandlingsstrategi	Samarbeidsutvalget	Juni 2010	
Brukerutvalget oppnevner en fast representant til Samarbeidsutvalget	Samarbeidsutvalget	Høsten 2010	31.12.2010
Brukerorganisasjonene skal være representert i utredningsoppgaver og samhandlingsprosjekter som berører brukernes interesser	Samarbeidsutvalget	2010	
Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd	Samarbeidsutvalget	2010	
Nettverk for helsefremmende og forebyggende arbeid. Årlig samarbeidskonferanse for helsefremmende og forebyggende arbeid	Samhandlingsnettverket	Etablert	
Utvelgelse og kartlegging av pasientforløp og organisatoriske utfordringer for prioriterte pasientgrupper	Samarbeidsutvalget	2010	
Utvikling av samhandlingsmodeller i forhold til alvorlig psykisk syke personer som har behov for koordinerte tjenester	Nedsatt prosjektgruppe	2009	2012

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Distriktsmedisinsk senter (DMS) Inntrøndelag	Samarbeidsprosjekt mellom kommunene Steinkjer, Inderøy, Verran, Mosvik, Snåsa og Helse Nord-Trøndelag HF	I drift fra 1.1.2011	
Evaluering og re-design av distriktpsikiatriske sentre (DPS)	Startet samtaler mellom aktuelle kommuner og Helse Nord-Trøndelag HF	2010	
Framskaffe oversikt over forskjeller i henvisningsrater, kunnskap om viktige pasientgrupper, forbruk av liggedøgn, re-innleggelse, tilgjengelighet til sykeheimstjenester, avvik i forhold til Basisavtalen etc.	Et arbeidsutvalg under Samarbeidsutvalget vurderer hvilke parametre/statistikkgrunnlag som bør benyttes	2010	Fast ordning
Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter/kompetansekordinatorer knyttet til fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten	Helse Nord-Trøndelag HF	2010	
Utarbeidelse av planer for et lokalmedisinsk senter i namdalsregionen	Kommunene i namdalsregionen	2010	
Helseledernetverk i Nord-Trøndelag KS/Fylkesmannen/Spesialisthelsetjenesten	KS og Fylkesmannen	2010	

Kommunikasjon

- ▶ Samarbeidsutvalget har ansvar for at brukermedvirkning sikres og at informasjon om justert Basisavtale blir gjort kjent blant alle interessenter. Det skal også informeres om at en mer omfattende revisjon blir iverksatt i 2011.
- ▶ Det utarbeides sakliste og skrives referat for alle møter i Samarbeidsutvalget. Referatene legges ut elektronisk, tilgjengelig for Brukerutvalg, alle kommuner, KS, rehabiliteringsinstitusjonene, Fylkesmannens representant og Regionalt brukerutvalg. Sakliste og referat skal også være tilgjengelig på Samarbeidsutvalgets internetsider.
- ▶ Årsplan og årsrapport gjøres tilgjengelig på samme måte som forrige punkt.
- ▶ Samarbeidsutvalget innarbeider sin kommunikasjons- og informasjonsstrategi som en del av årsplanen.
- ▶ Oversikt styringsindikatorer legges ved Samarbeidsutvalgets årsrapport.
- ▶ Praksiskonsulenter/kompetansekordinatorer skal blant annet ha oppgaver knyttet til:
 1. Medvirkning i utformingen av pasientforløp (felles prosedyrer).
 2. Utvikling av standarder for informasjonsutveksling (henvisninger og epikriser).
- ▶ Samarbeidsutvalget tar initiativ til en prosess som munner ut i konkrete prosjekter i tråd med utvalgets anbefalinger. Helse- og omsorgskomiteen antyder muligheten av lokalt initierte forsøksprosjekt med kommunal medfinansiering.

Ressursbehov/kostnader

- ▶ Justering av Basisavtalen vil ikke medføre spesielle kostnader ut over arbeidsgruppens tidsbruk.
- ▶ Samarbeidsutvalgets tidsbruk, reise- og møteutgifter.
- ▶ Brukerrepresentanters tidsbruk, reise- og møteutgifter.
- ▶ Opprettelse av kommunikasjonsarenaer (administrative/faglige) vil ivareta ulike hensyn, og det er avgjørende at kommunikasjonsmålene som er satt i strategien drøftes mellom aktørene. Eventuelle tiltak innenfor kommunikasjon som utløser spesifikke kostnader vil kunne være: annonsering, egne målinger av tillit/brukertilfredsbet, opprettelse av nye informasjonsorgan m.m.

Effektmål

- ▶ Justert Basisavtale er implementert i kommuner og helseforetaket innen 31.12.2010.
- ▶ Samarbeidsutvalgets årsplan og årsrapport.

- ▶ Andel brukere med tillit til helsetjenesten i Nord-Trøndelag skal øke for hvert år. Nord-Trøndelag fylke skal ha høyest andel brukere som uttrykker tillit til tjenesteyterne.
- ▶ Prosjekt og planer med tilknytning til samhandlingsstrategiene skal omfatte planer for kommunikasjon.
- ▶ Det skal dokumenteres at brukerne har deltatt i utviklingsprosjekt som er knyttet til samhandlingsstrategiene.
- ▶ Informasjon som er relevant for andre i helsetjenesten er gjort mer tilgjengelig.
- ▶ Medieeksponering innenfor samhandling økes.
- ▶ Ett pasientforløp ferdig medio 2011.

Evaluering

- ▶ Vil skje i forbindelse med at justert Basisavtale foreligger.
- ▶ Samarbeidsutvalgets årsrapport.

Rapportering

- ▶ Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2010.

6.2 Tiltak i 2011

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Det iverksettes et arbeid med en mer omfattende revisjon av Basisavtalen sett i lys av Samhandlingsreformens videre konkretiseringer	Samarbeidsutvalget iverksetter og gir mandat	2011	2012
Årsrapport for 2010	Samarbeidsutvalget		Februar 2011
Samarbeidsutvalget har minimum seks møter i året	Samarbeidsutvalget	2011	
Gjennomgang av felles styringsindikatorer to ganger årlig	Helseforetaket er ansvarlig	2011	
“Kommuneregionene” etablerer en samhandlingskoordinatorordning	Den enkelte kommuneregion		1.1.2011
Faste møter mellom hver “kommuneregion” og Helse Nord-Trøndelag HF med fokus på aktuelle saker	Samhandlingssjef i HNT og samhandlingskoordinator i “kommuneregionene”	2011	
Faste møter mellom samhandlingsenheten i Helse Nord-Trøndelag HF og samhandlingskoordinator for den enkelte “kommuneregion”	Samhandlingssjef i HNT og samhandlingskoordinator i “kommuneregionene”		
Det skal opprettes et eget nettsted for samhandling	Samarbeidsutvalget	2011	
Ambulante team/poliklinikker for geriatri/demens/alderspsykiatri	Samarbeidsutvalget	2011	
Rådgivning ved livsstilssykdommer	“Kommuneregionene” med støtte fra HNT	2011	
Utvikling av tilbud innen læring og mestring i kommunal regi med faglig støtte fra helseforetaket og brukerorganisasjonene/likemannsarbeidet	Samarbeidsutvalget	2011	
Undervisningssykeheimens og undervisnings-hjemmetjenestens rolle må tydeliggjøres og utvikles	Samarbeidsutvalget	2011	
Samarbeid med forskningsmiljøene om forsknings- og utviklingsoppgaver	Samarbeidsutvalget	2011	
Utvikling av en minstandard for sykeheimstjenester, herunder organisatoriske løsninger for lokalmedisinske sentre	Avvente politisk vedtak? Iverksette et forberedende arbeid?	2011	
Pasienter med særlige behov for koordinerte tjenester får oppnevnt en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene	Kommunene	2011	



Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Etablering av et personalnettverk mellom kommunene og helseforetaket	Helse Nord-Trøndelag HF	2011	
Innføring av elektronisk henvisning og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenesten og sykehus	Helse Nord-Trøndelag HF og HEMIT	2011	
Innføring av elektroniske meldinger mellom pleie- og omsorgstjenesten og sykehus	Helse Nord-Trøndelag HF og HEMIT	2011	
Det utarbeides prosjektforslag som er egnet til å utprøve effekter og vurdere hensiktsmessighet av økonomiske insentiver	Samarbeidsutvalget	2011	

Kommunikasjon

- ▶ Samarbeidsutvalget har ansvar for at bruker-medvirkning sikres og at informasjon om revisjon av Basisavtalen blir gjort kjent blant alle interessenter.
- ▶ Definerte "kommuneregioner" må fortrinnsvis organisere sin virksomhet under en koordinerende instans. På samme måte som helseforetaket har en **sambandlingssjef**, bør det også være etablert en **sambandlingskoordinator** for den enkelte kommuneregion.
- ▶ Det utarbeides sakliste og skrives referat fra de faste møtene, som sendes til aktører i sambandlingsnettverket.

Ressursbehov/kostnader

- ▶ Vil avhenge av hvilken organisering som blir valgt i forhold til revisjon av Basisavtalen.
- ▶ Samarbeidsutvalgets tidsbruk, reise- og møteutgifter som følge av økt møteaktivitet.
- ▶ Etablering av koordinerende instans for hver kommuneregion kan medføre økt tidsbruk, reise- og møteutgifter.

Effektmål

- ▶ Revidert Basisavtale foreligger i 2012.
- ▶ Årsrapport foreligger.
- ▶ Koordinerende instans i den enkelte kommuneregion er etablert.
- ▶ Samarbeidsutvalget blir i stand til å gjennomføre planlagt samarbeid og holde løpende oversikt over sambandlingsrelaterte aktiviteter i nordtrøndersk helsetjeneste.

Evaluering

- ▶ Vil skje i forbindelse med at revidert Basisavtale foreligger.
- ▶ Årsrapport fra Samarbeidsutvalget.

Rapportering

- ▶ I forbindelse med avsluttet arbeid/iverksetting av revidert Basisavtale, og i Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2011.
- ▶ Det utarbeides en årlig oversikt fra hver kommuneregion til Samarbeidsutvalget, med presentasjon av gjennomførte og planlagte aktiviteter.
- ▶ Samarbeidsutvalget skal løpende være/holde seg informert om aktivitet i samarbeidsfora, berunder deres mandat, sammensetning og arbeidsform.

6.3 Tiltak i 2012

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Etablering og koordinering av ambulante team i kommuner og helseforetak	"Kommuneregionene" og Helse Nord-Trøndelag HF	2012	
"Kommunedialyse" – Epidemiologisk kartlegging gjennom bruk av HUNT-data	Samarbeidsutvalget	2012	
Logistikkforbedring med fokus på tydeligere oppgavedeling mellom nivåene, redusert variasjon i tilgangen til kompetanse og kapasitet i tjenestene	Samarbeidsutvalget	2012	
Evaluere DMS Stjørdal			2012

Evaluering

- ▶ Samarbeidsutvalgets rolle og arbeidsform må evalueres i forhold til eventuelle endringer som inntreffer i tilknytning til Sambandlingsreformen i 2012.

Rapportering

- ▶ Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2012.





7. Avslutning

Samhandlingsområdene er mange og utfordrende. Innenfor hvert område er det flere oppgaver og muligheter. Det er ikke likegyldig hvilke oppgaver/tiltak som prioriteres. Det er innlysende at noen oppgaver må komme foran andre. Noen av målområdene i dokumentet vil måtte ha grader av langsiktighet og krever nærmere oppgave- og ansvarsavklaring i henhold til Samhandlingsreformens utviklingsløp. Andre målområder vil det være mulig å initiere på kort sikt. En årlig handlings-/tiltaksplan vil derfor kreve løpende rullering og behandling av Samarbeidsutvalget.

Prioriteringer 2010–2012

- *Etablering av en fast, forpliktende samhandlingsarkitektur*
- *Skaffe oversikt over igangværende relevante prosjekter*
- *Sikre brukermedvirkning*
- *Følge opp kommunikasjonsstrategien*
- *Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer*
- *Oppstart av arbeid med standardisering av pasientforløp*

I tillegg er det viktig å følge opp med konkrete tiltak/prosjekter innenfor:

- *Helsefremmende og forebyggende strategier, særlig med fokus på sentrale pasientgrupper innen psykiatri/rus/demens/livstilssykdom*
- *Læring og mestring i kommunal regi*
- *Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter*
- *Det etableres/videreutvikles hensiktsmessige nettverks- og møtearenaer, både på faglig og administrativt nivå, for å få gjennomført de prioriterte tiltakene. For noen av tiltakene vil det være nødvendig med organisering i egne prosjekter*

- *Oppgavedeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet bør igangsettes så snart som mulig. Mange kommuner er i gang med prosjekter for å møte de utfordringene Samhandlingsreformen innebærer. For å utarbeide gode løsningsforslag er det behov for kunnskap om hvilke nye oppgaver som vil falle på kommunene, berunder hvilken kompetanse som kreves, evt. rekrutteringsproblematikk, behovet for å utvikle løsninger over kommunegrensene, behovet for å avklare hva som kan tillegges funksjonen for lokalmedisinske sentre (forsterkede sykeheimer), plassproblematikk m.m.*

Samhandlingsnettverk

I forhold til strategi og målområde 5.1.3. – “Kommuneregioner” etablerer nå lokale/regionale samhandlingsfunksjoner i form av tilsatte som benevnes prosjektledere, koordinatorene, kontaktpersoner etc. Når disse funksjonene er på plass, tilrådes det at man etablerer et samhandlingsnettverk, der helseforetakets samhandlingsfunksjon inngår i nettverket. Et slikt forum vil kunne bidra til erfaringsutveksling og sikre framdrift i forhold til utvikling og implementering av vedtatte strategier.

Kommunikasjon i samhandlingsstrategien

Strategi og målområde 5.2 beskriver betydningen av god kommunikasjon. I flere av strategiene er det forutsatt at virksomhet dokumenteres gjennom årsrapporter. Slike rapporter må standardiseres, være kortfattede og informative. Det anbefales at arbeidet med denne oppgaven igangsettes 2. halvår 2010 og tas i bruk ved utgangen av 2010.

Økonomiske stimulerings tiltak

Det vises til strategi og målområde 5.10. Samarbeidsutvalget initierer en prosess for å vurdere behovet for økonomiske incentiver knyttet til noen av de prioriterte oppgavene som er foreslått igangsatt i perioden 2010–2011. Dette kobles mot kommende budsjettarbeid, men eksterne finansieringskilder vurderes også i denne sammenheng.

*På lag med deg
for din helse*

Helse Nord-Trøndelag HF

Postadresse:
Postboks 333
7601 Levanger
Besøksadresse:
Kirkegt. 2
7600 Levanger
E-post: post@hnt.no
www.hnt.no

Samarbeidsutvalget

Helse Nord-Trøndelag HF
Postadresse:
Postboks 333
7601 Levanger
E-post: post@hnt.no
www.hnt.no

KS Nord-Trøndelag

Postadresse:
Postboks 2560
7735 Steinkjer
Besøksadresse:
Fylkets Hus
7735 Steinkjer
E-post: ksnt@ks.no
www.ks.no



PILOTPROSJEKT OM SAMHANDLINGEN MELLOM DPS OG FASTLEGER

Bakgrunn: Vi er to studenter på studiet Kunnskaps – og innovasjonsledelse som er en erfaringsbasert mastergrad i samarbeid mellom Høgskolen i Nord- og Sør-Trøndelag og Copenhagen Business School ved Danmarks Pedagogiske Universitet. Vi er i gang med masteravhandlingen og ønsker å knytte problemstillingen til temaet **samhandling** med fokus på DPS og fastleger.

Den 070110 hadde vi et møte med Ann Inger Leitrø, leder for DPS Stjørdal, hvor vi presenterte en mulig tilnærming i forhold til et pilotprosjekt innen området. I dette møtet ble vi kjent med at samhandling med fastleger er ett av satsingsområdene ved DPS Stjørdal, og er nedfelt i virksomhetsplanen for 2010. Avdelingsleder Ann Inger Leitrø ga klart uttrykk for at hun ønsker vår tilnærming til temaet samhandling velkommen som bidrag i denne sammenheng.

Tilnærming: Pilotprosjektet vil ha en tydelig kvalitativ profil, hvor kontekst og relasjonelle verdier vektlegges. Vår antagelse er at fagpersoners kunnskap representerer en viktig kilde til læring og utvikling i organisasjoner, og vi vil benytte en medvirkningsbasert intervensjon som fokuserer på fortellingen som vitenskapelig forskningsobjekt. Den kvalitative metoden vil kombineres med en kvantitativ undersøkelse i form av spørreskjema før og evt. etter undersøkelsen. Vi planlegger å kombinere spørreskjemaet i etterkant av undersøkelsen med et personlig intervju, evt. kun intervju.

Hensikt: Pilotprosjektet vil danne grunnlaget for det empiriske materialet som vi bygger masteravhandlingen på. Vi vil prøve ut en alternativ intervensjon som, etter vår oppfatning, utfordrer og representerer et viktig supplement til tradisjonelle utviklingsstrategier, som ofte er styrt ovenfra og fundert på rasjonelle prinsipper. Hensikten er å skape økt bevissthet i forhold til den enkeltes holdninger til samhandling og bidra til en videreutvikling av samhandlingsklimaet mellom DPS og fastleger til beste for pasienten. Resultatet av pilotprosjektet vil også danne grunnlag for nye undersøkelser og videre forskning på området.

Ettersom prosjektet blir forankret i DPS Stjørdal er deltagerne vi henvender oss til anbefalt og forespurt av Ann Inger Leitrø. Du inviteres til å delta som en av åtte deltakere i prosjektet. Planen er å gjennomføre en samling med fastleger og behandlere på DPS Stjørdal medio mars 2010 og en intervjurunde i løpet av mai. Vi håper du er villig til å dele erfaringer fra din arbeidshverdag, som gjenspeiler samhandlingen med fastlege / behandler. Samlingen i mars antas å vare i tre timer, og intervjuet i mai antas å vare i 1 time.

Levanger, 080210

Vennlig hilsen

Torill Strugstad
Rådgiver NAV Arbeidslivssenter N-T
Mobiltelefon 95 98 58 94
E-post: torill.strugstad@nav.no

Gerd Ulvin
Leder ved psykiatrisk poliklinikk, Levanger
Mobiltlf. 40064817
E-post: gerd.ulvin@hnt.no