

# Bedre samhandling ved Hjemmesykepleien i Surnadal kommune gjennom en aksjonsbasert endringsprosess?

- hvordan bruke aksjonsforskning til kunnskapsutvikling?

Av  
Margrethe Svinvik

Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København (CBS) og  
Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet (DPU)  
for graden  
Master of Knowledge and Innovation Management  
(Master i Kunnskaps- og Innovasjonsledelse)  
2012







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

**Forfatter(e):** Margrethe Svinvik

---

**Tittel:** Bedre samhandling ved Hjemmesykepleien i Surnadal kommune gjennom en aksjonsbasert endringsprosess?  
- hvordan bruke aksjonsforskning til kunnskapsutvikling?

---

**Studieprogram:** Master of Knowledge and Innovation Management  
(Master i Kunnskaps- og Innovasjonsledelse)  
2012

**Kryss av:**

Vi/jeg 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:** 26.08.2012

---

**underskrift**



## Forord

I denne masteroppgaven har jeg valgt å se på hvordan jeg som leder og forsker kan bidra til kunnskapsutvikling på min arbeidsplass i Hjemmetjenesten i Surnadal kommune. Jeg er opptatt av politikk og samfunnsutvikling, og samtidig av sykepleiefaglige problemstillinger og organisasjonsutvikling. Oppgaven har belyst hvordan vi kan oppnå kunnskapsutvikling gjennom en aksjonsbasert endringsprosess. Målet har vært å styrke samhandlingskompetansen som er sentral etter innføringen av Samhandlingsreformen.

Medstudenter og lærerkollegiet ved masterstudiet i Kunnskaps- og Innovasjonsledelse har bidratt på en uvurderlig måte til at jeg disse årene har opplevd utvikling av kunnskap og forståelse for hvordan vi sammen kan nå mål. Nå ved veis ende er det godt å kjenne at litteraturgjennomgang, studiesamlinger og oppgaveskriving utgjør et solid fundament for videre arbeid. Studiet har formidlet et perspektivmangfold som er forankret både i praksis og teori.

Kollegaer har støttet og oppmuntret meg, men mest har de bidratt ved å gi meg lyst til å strekke meg litt lenger i å se hva vi kan få til sammen. Et positivt arbeidsmiljø der de ansatte har vilje til å yte sitt beste, gjør at jeg som leder føler meg privilegert.

For å avgrense og ramme inn oppgaven har veileder Kjell-Åge Gotvassli holdt i trådene og styrt sammen med meg fram til mål.

Surnadal, 26. august 2012

Margrethe Svinvik

## Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven er kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien i Surnadal kommune. Problemstillingen er knyttet til tilrettelegging av en aksjonsbasert endringsprosess som kan føre til økt samhandlingskompetanse.

Bakgrunnen for ønsket om å styrke samhandlingskompetansen i Hjemmesykepleien, er Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-2009). Samhandlingsreformen fokuserer på samhandling for å sikre helhetlige pasientforløp, der mer behandling skal foregå i hjemmet til pasienten. I reformen blir samhandlingskompetanse omtalt som vesentlig for å kunne fordele oppgavene til beste for pasienten.

Jeg har sett på ulike tilnærminger til kunnskapsutvikling og har lagt til grunn et kunnskapssyn som involverer et samspill mellom flere kunnskapstyper. I denne prosessen er det lagt vekt på utvikling av emosjonell og relasjonell kunnskap.

Aksjonsforskning er valgt som tilnærming fordi den kjennetegnes ved deltakelse og medvirkning for å endre praksis. Jeg har ønsket å delta sammen med kollegaer i refleksjonsprosesser. Aksjonsforskningen har dreid seg om å utvikle ferdigheter i kritisk refleksjon gjennom parvis samarbeid i praksis, gruppesamlinger og individuell loggskrivning. Bakgrunnen for forskningsdesignet er et sonebytte i Hjemmesykepleien. Hvert år bytter helsearbeiderne pasientgrupper, og her er min påstand at kunnskapsdelingen kan bedres.

Jeg har vist at de ansatte opplever at kritisk refleksjon gir verdifull forståelse for egne og andres handlingsvalg. Sonebytte har vært en egnet øvingsarena i denne sammenhengen, men vil ikke være tilstrekkelig for videre læring og utvikling i organisasjonen. Jeg har belyst utfordringer ved en aksjonsbasert endringsprosess for meg som leder og forsker, samt for deltakerne.

Vi hadde forskjellig utgangspunkt når forskningen begynte, og vi sitter igjen med ulike erfaringer og læringsutbytte til slutt. Likevel vil jeg tro at dette har satt i gang en prosess som bidrar til å styrke samhandlingskompetansen i Hjemmesykepleien ved at vi har gjort dette sammen i praksis.

## **Abstract**

The theme of this master-thesis is knowledge development in Hjemmesykepleien (home care service) in Surnadal municipality, Norway. The issue is related to the arrangement of an action-based change process that may lead to greater interaction skills.

One reason for the desire to strengthen interaction skills in Hjemmesykepleien, is «Samhandlingsreformen» (the Interaction reform) (St meld No. 47, 2008-2009). Here highlights interaction to ensure overall patient flow, where more treatment should take place in the home of the patient. The reform discusses interaction as a significant skill in order to distribute the tasks for the benefit of the patient.

I have looked at different approaches to knowledge development, and view knowledge as an interplay of multiple types of knowledge. In this process the focus is on the development of emotional and relational skills.

Action research is chosen as an approach because it is characterized by the participation and interaction in order to change practice. I've wanted to participate with colleagues in the reflection process. This action research has centred on developing skills in critical reflection through pairwise cooperation into practice, group gatherings and individual journaling. The basis of the action research design, is a change of work area in Hjemmesykepleien. Each year the health workers change patient groups, and my plea is that knowledge sharing can be improved.

I have shown that employees find that critical reflection provides valuable understanding of their own and others' action selection. «Sonebytte» has been a suitable training arena in this context, but will not be sufficient for further learning and development within the organization. I have illustrated the challenges by an action-based change process for me as a leader and researcher, as well as the participants.

We had a different starting point when the research began, and we are left with various experiences and learning. Nevertheless, I believe that this has set in motion a process that contributes to strengthening interaction skills in Hjemmesykepleien by that we've done this together in practice.

# Innhold

Forord .....	4
Sammendrag .....	5
Abstract .....	6
1. Innledning .....	9
1.1 Samhandlingsreformen .....	9
1.2 Helhetlig pasientforløp i hjemmet – HPH .....	10
1.3 Kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien .....	12
1.4 Problemstilling .....	13
1.5 Oppgavens disposisjon .....	15
2. Teori - valg av teoretisk perspektiv .....	16
2.1 Hjemmesykepleien - trekk ved tjenesten .....	16
2.3 Hva er kunnskap? .....	18
2.4 Kunnskapssyn .....	18
2.4.1 Strukturell/rasjonell forståelse av kunnskap .....	20
2.4.2 Sosial/prosessuell forståelse av kunnskap .....	21
2.4.3 Emosjonell forståelse av kunnskap .....	24
2.4.4 Oppsummering .....	26
2.5 Betydningen av refleksjon .....	27
2.6 Hvordan fremme samhandling og kunnskapsutvikling? .....	30
3. Aksjonsforskning (AF) som innfallsvinkel til endring .....	31
3.1 Aksjonsforskning i en vitenskapelig tradisjon .....	31
3.2 Karakteristiske trekk ved AF .....	32
3.3 Bakgrunn for valg av aksjonsforskning .....	34
3.4 Beskrivelse og drøfting av AF som innfallsvinkel til endringsprosesser .....	37
3.4.1 Ulike perspektiv .....	38
3.5 Leder og aksjonsforsker .....	39
3.5.1 Forsking i egen organisasjon .....	39
3.5.2 Legalitet og legitimitet .....	41
3.5.3 Nærhet til feltet .....	42
3.5.4 Ethiske dilemma - leder og forsker .....	43
3.6 Kritikk .....	44
4. AF- prosessen – empiri og foreløpig analyse .....	46
4.1 Innledning .....	46
4.2 Forberedelser og utgangspunkt .....	46
4.3 Tidslinje .....	49
4.4 Første samling – Syklus 1 .....	51
4.4.1 Rammene .....	51
4.4.2 Deltakernes refleksjoner .....	52
4.4.3 Mine refleksjoner .....	52
4.5 Andre samling – Syklus 2 .....	54
4.5.1 Rammene .....	54
4.5.2 Deltakernes refleksjoner .....	55
4.5.3 Mine refleksjoner .....	55
4.6 Loggføring – Syklus 3 .....	56
4.6.1 Rammene .....	56
4.6.2 Deltakernes refleksjoner .....	57
4.6.3 Mine refleksjoner .....	58



4.7	Midtevaluering – grupperefleksjon – Syklus 4 .....	60
4.7.1	Rammene.....	60
4.7.2	Deltakernes refleksjoner.....	60
4.7.3	Mine refleksjoner .....	61
4.8	Loggføring – Syklus 5 .....	62
4.8.1	Rammene.....	62
4.8.2	Deltakernes refleksjoner.....	63
4.8.3	Mine refleksjoner .....	64
4.9	Sluttevaluering - grupperefleksjon – Syklus 6 .....	65
4.9.1	Rammene.....	65
4.9.2	Deltakernes refleksjoner.....	65
4.9.3	Mine refleksjoner .....	66
4.10	Foreløpig analyse .....	67
5.	Analyse.....	69
5.1	På hvilken måte opplever de ansatte at kritisk refleksjon fører til kunnskapsutvikling?.....	69
5.1.1	Kunnskapssyn og kunnskapsutvikling .....	69
5.1.2	Kritisk refleksjon.....	77
5.1.3	Oppsummering .....	78
5.2	Hvordan kan sonebytte føre til økt samhandlingskompetanse og bedre praksis i Hjemmesykepleien? .....	79
5.2.1	Hvordan fremme samhandling og kunnskapsutvikling.....	80
5.2.3	Oppsummering .....	81
5.3	Hvilke utfordringer kan en aksjonsbasert endringsprosess gi for deltakerne og leder?.....	82
5.3.1	Metodologi .....	82
5.3.2	AF-prosessen.....	84
5.3.3	Leder og aksjonsforsker .....	86
5.3.4	Kritikk .....	89
5.4	Sammenfattende analyse og hovedkonklusjoner .....	90
6.	Avslutning og veien videre.....	93
6.1	Hva var mål og hensikt.....	93
6.2	Hva er erfaringene .....	94
6.4	Metarefleksjon.....	97
6.5	Veien videre.....	99
	Litteraturliste .....	101
	Liste over figurer.....	103
	Vedlegg .....	104

# 1. Innledning

---

Jeg har bakgrunn som sykepleier og jobber i dag som Enhetsleder for Hjemmetjenestene i Surnadal kommune, videre kalt Hjemmesykepleien. Surnadal kommune er en mellomstor kommune i Norge, med i underkant av 6000 innbyggere. Lederstillingen i Hjemmesykepleien innebærer ansvar for fag, økonomi og personal. Min oppgave er å sørge for at den hjelpen vi yter oppfyller nasjonale krav til kvalitet og at vi på best mulig måte forvalter fellesskapets ressurser.

## 1.1 Samhandlingsreformen

En viktig del av min ledervirksomhet består av arbeid som kan relateres til Samhandlingsreformen – Rett behandling - på rett sted - til rett tid (St.meld. nr. 47 2008-2009). Dette er en omfattende helsereform som ble innført fra 1.1.2012. Den har stor betydning i forhold til samfunnsutviklingen, og for innhold og organisering av helsetjenestene. Reformen har et mål om å snu eller bremse nåværende utvikling i Norge, der det i dag er mer fokus på behandling enn forebygging, med fragmenterte tjenester og mangelfull samhandling. Hvordan dette skal gjøres, overlates i stor grad til den enkelte kommune eller helseforetak. Samhandlingsreformen omhandler verken ledelsesideer eller organisasjonsoppskrifter. Den viser derimot til en ønsket status som gjør det nødvendig å rette et kritisk blikk mot hvordan tjenesten ledes og organiseres, for at reformen skal lykkes.

Samhandlingsreformen er en helsereform som skal sikre helhetlige pasientforløp uavhengig av forvaltningsnivå og stiller følgelig krav til Hjemmesykepleien som organisasjon. Samhandlingsreformen er også kalt en kommunehelsereform og en holdningsreform. Dette viser til at oppgaver skal overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten, og at hovedfokuset helsevesenet skal forskyves fra behandling til forebygging.

Reformer kan beskrives som organisasjonsideer som skal oversettes til organisasjonen før målsettingen er nådd (Røvik 2007). Hjemmesykepleien opplever ulike utfordringer i forhold til en slik oversettelsesproblematikk, fra føringene som reformen gir, til den faktisk er

implementert. Det forventes at planene er klare så å si før det er klargjort hva kommunene skal bidra med. Reformen vektlegger at kommunene behøver kompetanseheving på flere områder og at kommunehelsetjenesten og sykehus må forbedre samhandlingen. Samtidig skal kommunene ta over mange nye oppgaver fra sykehusene og finne løsninger for hvordan disse skal utføres. Kommunene skal blant annet opprette tilbud om øyeblikkelig hjelp, og observasjon og behandling i kommunene.

Reformen blir gjennomført ved hjelp av rettslige, - økonomiske, - faglige - og organisatoriske virkemiddel (St.meld. nr. 47 2008-2009). Endrede lover og forskrifter gir kommunene økt ansvar for forebygging, og skjerper pliktene til helsepersonell. Videre har kommunene fått økte budsjettammer og sykehusene tilsvarende redusert. For dette må kommunene betale deler av innbyggernes sykehusbehandlinger, og utskrivningsklare pasienter medfører dagbøter. Sykehusene har fått en utvidet veilednings- og oppfølgingsplikt ovenfor kommunene, mens kommunene oppfordres til å satse på kompetanseheving for å lykkes med intensjonen i Samhandlingsreformen.

Det siste virkemidlet omhandler organisering. Det er her fokuset på samhandling og pasientforløp kommer inn. Fagpersonell må samhandle, fagsystemer må samhandle, enheter, institusjoner og nivåer må samhandle. Det etterlyses system og standardiserte pasientforløp, og samarbeid om felles standarder og felles språk, der pasienten skal oppleve helsehjelpen som helhetlig og ikke fragmentert. Utvikling mot en helhetlig helsetjeneste avhenger av hvordan helsepersonell på alle nivå møter pasienten. Dermed blir det et ledelsesansvar å legge til rette for at helsepersonell skal ha nødvendige verktøy for å arbeide etter intensjonen i samhandlingsreformen.

## **1.2 Helhetlig pasientforløp i hjemmet – HPH**

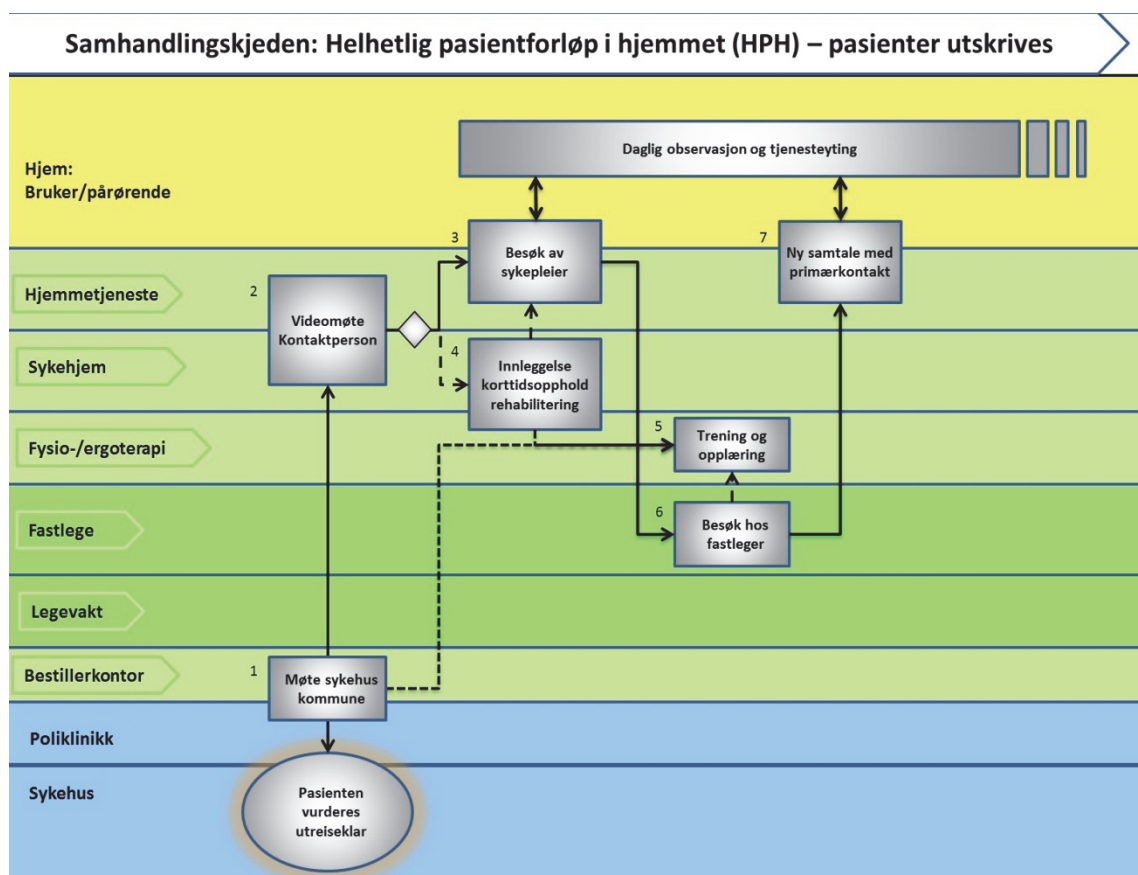
I Hjemmesykepleien og i kommunehelsetjenestene for øvrig, har jeg erfart en kultur for å være på den «sikre siden» ved å velge innlegging i sykehus. Også i befolkningen oppleves det trygt å komme seg på sykehus. Samhandlingsreformen baserer seg derimot på at spesielt eldre og kronisk syke, kan bli påført ekstra helsemessig belastning av å bli innlagt sykehus, og derfor behandles og rehabiliteres best i hjemmet. Samtidig kritiseres Samhandlingsreformen

for å være til hinder for nødvendig behandling i sykehus ved at kommunene kan bli for restriktive med sykehusinnleggelse.

Hjemmesykepleien i Surnadal har utarbeidet prosedyrer og rutiner for helhetlige pasientforløp i et nå avsluttet prosjekt kalt HPH, Helhetlig pasientforløp i hjemmet. HPH er utviklet i samarbeid med forskningsmiljøer ved NTNU, Norges tekniskvitenskapelige universitet, og praksisfeltet. HPH har hatt fokus på lovverk, fag, ressursforvaltning og organisering, både for å utarbeide rutiner som kan gjennomføres i praksis og for å styrke rolleforståelsen til den enkelte helsearbeider. Samhandlingsreformen beskriver utfordringer og mål for ønsket utvikling, og kunnskap om ansvar og roller er nødvendig for et godt samarbeid. Denne kompetansen omtales i HPH som basiskompetanse. Strukturen i pasientforløpet fungerer som et kvalitetssikringssystem for at alle lovpålagte og faglige retningslinjer blir fulgt.

Utfordringen som leder blir å legge til rette for at alle ansatte i Hjemmesykepleien følger tankegangen i Samhandlingsreformen, herunder HPH, og at ikke resultatet blir å arbeide og tenke «som vi alltid har gjort». Det er mange aspekter ved dette, men ønsker her å fokusere på utvikling av kunnskap omkring samhandling.

Figuren nedenfor viser HPH, et strukturert forløp av hva som skal gjennomføres for alle pasienter som utskrives fra sykehus, og som skal motta kommunale tjenester. Helt sentralt er også en avtale om flyten av informasjon. Hjemmesykepleien har en sentral rolle i å sørge for at pasienten får rett behandling til rett tid og på rett sted. Kan behandlingen utføres hjemme, så skal Hjemmesykepleien samhandle med kolleger og andre tjenesteytere for at pasienten får være i eget hjem.



Figur 1. HPH

Hovedelementene i en strukturert utskrivingsprosess og som ligger fast for alle diagnoser og er likt i kommunene. For hver boks beskrives prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold. Pasientens meldes utskrivningsklar og informasjon utveksles (1 og 2). Hjemmetjenester etableres (3), evt. først etter et intermedieeropphold (4). Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøke eller få besøk av fastlegen (6). Evt. trening og opplæring som er startet vurderes kontinuert (5). Det hele blir evaluert etter 4 uker (7). (Norsk Helsenett <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/pasientforloepet-og-elektronisk-kommunikasjon-ved-utskrivning-fra-sykehus>)

### 1.3 Kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie foregår ved at en helsearbeider, her sykepleier, hjelpepleier eller assistent, yter helsehjelp i hjemmet til en pasient. Deretter blir nødvendige opplysninger for å kunne yte videre helsehjelp, dokumentert og rapportert til neste vakt. Dette blir for det første en praksis der kun det vi skriver og forteller blir videreformidlet. Mye av det vi faktisk gjør, blir mellom pasienten og helsefagarbeideren. For det andre gir det meg grunn til å stille spørsmål ved om dette er en praksis som fører til økt kunnskap hos helsefagarbeiderne.

Disse spørsmålene bygger på en forståelse av at kunnskap ikke fullstendig blir overført via skrift og tale, men at en stor del overføres og utvikles gjennom samhandling og i praksis.

Samhandlingsreformen setter fokus på samhandlingskompetanse, og i nasjonal helseplan (2007-2010) beskriver de mangel på samhandling som den største utfordringen helsetjenestene står ovenfor. Jeg ønsker derfor å se på hvordan jeg kan legge til rette for en styrking av samhandlingskompetansen i Hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien er inndelt i soner, der hver sone består av to helsearbeidere som har ansvar for en avgrenset pasientgruppe. En gang i året bytter helsearbeiderne soner og sonepartner. Dette er utgangspunktet for forskningsarbeidet i denne oppgaven.

## **1.4 Problemstilling**

Gjennomgangen av forventede konsekvenser av Samhandlingsreformen, viser at jeg som leder møter mange utfordringer. Hvordan kan leder få til større medvirkning fra de ansatte? Hva kan leder gjøre for å utvikle samhandlingskompetanse i Hjemmesykepleien? Hva kan vi gjøre på min arbeidsplass for å nå målene i Samhandlingsreformen? Disse spørsmålene leder til følgende problemstilling:

### **Hvordan tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess som kan føre til økt samhandlingskompetanse og kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien?**

Problemstillingen er delt inn i tre mer presise forskningsspørsmål:

1. På hvilken måte opplever de ansatte at kritisk refleksjon fører til kunnskapsutvikling?
2. Hvordan kan sonebytte føre til økt samhandlingskompetanse og bedre praksis i Hjemmesykepleien?
3. Hvilke utfordringer kan en aksjonsbasert endringsprosess gi for deltakerne og leder?

Jeg har valgt aksjonsforskning som tilnæringsstrategi for å tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess. Aksjonsforskning, heretter også kalt AF, er eksperimentell og reflekterende praksis i følge Coghlan og Brannick (2010). Det er refleksjon underveis i praksis, reflection – *in action*, og i etterkant av situasjonen, reflection – *on action*. Jeg forstår aksjonsforskning slik at målet er deling og utvikling av kunnskap gjennom en problemløsende prosess. Hvordan kan vi få til kunnskapsutvikling gjennom å tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess i Hjemmesykepleien?

Kompetansebegrepet kan defineres som samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål (Gotvassli 2007:24). I denne oppgaven blir denne tilnærmingen for bred, og jeg velger derfor følgende definisjon: «*Kompetanse kan defineres som evne til å reflektere i oppgaveløsningen, slik at håndteringen av oppgaven blir annerledes hvis situasjonen endrer seg.*» (Nordhaug 2008:55). Her er evne til refleksjon sentralt, samtidig som refleksjonen skjer idet oppgaven blir løst. Jeg velger å se på samhandling som «*aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen*» (NOU 2005:3). Videre kan samhandlingskompetanse være et «*uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte*» (St.meld. Nr 47, 2008-2009).

Samhandlingskompetanse i Hjemmesykepleien blir da evnen til å velge riktige løsninger ovenfor pasienten som medfører rett behandling, til rett tid, på rett sted, gjennom aktivt samarbeid og kommunikasjon.

Det vil ikke være mulig for meg i denne sammenhengen å måle om hvorvidt tjenestene blir bedre, men derimot er det min antagelse at dersom jeg kan bidra til kunnskapsutvikling som øker samhandlingskompetansen, vil en sannsynlig effekt være bedre kvalitet på tjenestene.

Hjemmesykepleiens praksis med HPH - helhetlige pasientforløp i hjemmet, representerer intensjonen i Samhandlingsreformen og dermed målet for hvordan vi skal tenke og arbeide.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Denne oppgaven startet med en innledning som belyser utfordringene Samhandlingsreformen gir for Hjemmesykepleien og meg som leder. Videre hvordan Hjemmesykepleien benytter HPH som virkemiddel i møtet med Samhandlingsreformen. Dette er bakgrunnen for den aksjonsbaserte endringsprosessen som problemstillingen og forskningsspørsmålene har som utgangspunkt.

Teorikapitlet viser hvordan trekk ved Hjemmesykepleien gir grunnlag for valg av teoretisk perspektiv. Det blir særlig lagt vekt på hvordan ulike kunnskapssyn påvirker tilretteleggingen av kunnskapsdeling, og her blir kritisk refleksjon og praksisfellesskap sentralt. Deretter kommer en beskrivelse og drøfting av aksjonsforskning som innfallsvinkel til endring, primært en teoretisk fremstilling av ulike aspekter ved AF. Det blir vist til kritikk av metoden, samt fordeler og ulemper ved å være leder og forske i og på egen organisasjon.

Aksjonsforskningsprosessen blir lagt fram i kronologisk rekkefølge, der rammene for forskningen, deltakernes refleksjoner og mine refleksjoner representerer funn underveis. Videre i analysedelen blir erfaringene fra forskningen drøftet i forhold til de valgte teoriene for å gi svar på forskningsspørsmålene og problemstillingen. Analysen blir avsluttet med en oppsummering og konklusjon.

I siste kapittel vil jeg belyse erfaringene med aksjonsforskningen både i positiv og negativ retning, før jeg i en metarefleksjon reflekterer over egen læring i prosessen. Avslutningsvis deler jeg mine tanker om veien videre for organisasjonen og medarbeidere i forhold til problemstillingen.



## 2. Teori - valg av teoretisk perspektiv

---

Samhandlingsreformen vil gi utfordringer for Hjemmesykepleien, og behovet for kunnskapsutvikling i forhold til samhandlingskompetanse vil være sentralt. Problemstillingen fokuserer på hvordan en aksjonsbasert endringsprosess kan bidra til kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien.

Følgende blir derfor avgjørende for valg av teori: For det første kommer trekk ved tjenesten, som er de oppgavene Hjemmesykepleien utfører og hvordan de blir løst, og et poeng her er at kunnskap kan forstås på forskjellige måter. Jeg velger derfor å belyse ulike kunnskapssyn, og til sist trekke fram praksisfellesskap og refleksjon som viktige element i kunnskapsutviklingen.

### **2.1 Hjemmesykepleien - trekk ved tjenesten**

Det er forventninger og krav gjennom Samhandlingsreformen at kommunene skal overta oppgaver fra sykehusene. Dette gjelder både observasjon, behandling og oppfølging av pasienter. Sykehusene spiller en rolle som utreder og spesialist, mens kommunene utfører behandling og observasjon i stadig større omfang. Derfor øker samtidig kravene til kunnskap i kommunehelsetjenesten. Videre er det forventninger om samhandling på individnivå og at organisasjonene og systemene samhandler. Ved at Surnadal kommune har deltatt i et forskningsprosjekt omkring utvikling av pasientforløp, har vi oppnådd mye av intensjonen med Samhandlingsreformen. HPH – ”Helhetlig pasientforløp i hjemmet”, har fokus på samhandling for å få til gode pasientforløp. Helsearbeideren må forstå sitt ansvar og sin rolle ut ifra lovverk for effektivt å kunne samhandle med andre. Helsearbeideren må videre kunne ta ansvar for å vurdere situasjoner og iverksette handling.

Helsearbeiderne er alene i hjemmene der dette er forsvarlig ut fra pleietyngde eller annen risiko. Å arbeide alene blir oppfattet som mest effektivt for tjenesteytingen fordi pasientene er spredt geografisk. I sykehus, eller andre institusjoner, viser erfaring at helsearbeidere ofte jobber sammen og kan observere hverandre i pasientsituasjoner. Hjemmesykepleien i

Surnadal er organisert i soner, der hver av sonene ledes av en soneleder som er sykepleier. I tillegg til soneleder er det en hjelpepleier på hver sone. Disse to utgjør et sonepar. Soneparet har oppfølgingsansvar ovenfor pasientgruppen som tilhører sonen.

Ansatte i Hjemmesykepleien har dermed behov for flere typer kunnskap. De må ha sykepleiefaglig kunnskap, de må kunne vurdere komplekse situasjoner ute i praksis og iverksette riktige tiltak. De må også kunne videreformidle nødvendige opplysninger og samarbeide med andre.

Sykepleiefaget er tradisjonelt nært knyttet til taus kunnskap, og sykepleieforskningen var tidlig opptatt av dette (Kirkevold 1992). Refleksjon synes viktig i deling og utvikling av kunnskap, og for å reflektere over egen praksis, kreves både en individuell kompetanse og tilrettelegging i praksis. Det varierer trolig innen helsevesenet hvor mye ressurser som brukes til refleksjon. Likevel, etter å ha bakgrunn både som sykepleier og leder, oppleves organiseringen av Hjemmesykepleien som undertrykkende ovenfor denne dualismen i sykepleiefaget, og bevisstheten rundt kunnskapsutvikling synes derfor mangelfull. Slik framstår det som et paradoks at en så vesentlig tjeneste som Hjemmesykepleien ikke legger mer til rette for deling og utvikling av denne kunnskapen.

Målet i denne sammenhengen er en deltagende og lærende tilnærming til forskningen og at kunnskapsdannelsen skjer i praksis ”ute i felten”. Å kunne bidra til at Hjemmesykepleien kan utvikle samhandlingskompetanse og oppnå kunnskapsutvikling gjennom en AF-prosess, er den viktigste motivasjonen i dette arbeidet. Den aksjonsbaserte tilnærmingen skal kunne bidra til kunnskapsutvikling både til praksisfeltet, herunder organisasjonen og kollegaer, og til meg som forsker og leder.

Å skape en forståelse for utfordringsbildet i forbindelse med Samhandlingsreformen, er et sentralt bakteppe i dette arbeidet, men det å øke samhandlingskompetansen og bidra til utvikling av hver enkelt sine kunnskaper, blir et viktig mål for prosessen. Erfaring tilsier at de ansatte sitter på mye skjult og nyttig kunnskap og kan kalles for taus kunnskap. Oppgaven inneholder teorier på hvordan denne kunnskapen kan gjøres kjent eller eksplisitt.

### **2.3 Hva er kunnskap?**

I problemstillingen står kunnskapsbegrepet sentralt, og ikke minst hvordan en teoretisk mener at kunnskapsutvikling skjer i organisasjoner. Jeg vil gå igjennom ulike aspekter ved dette og hvilke følger dette kan få for tilrettelegging av en aksjonsbasert endringsprosess.

Kunnskapsbegrepet og forklaringen på hvordan en utvikler kunnskap i organisasjoner er ofte litt forskjellig. Noen opererer med en todeling, andre med tre og firedeling (Gotvassli 2007, Irgens 2011, Newell.et.al. 2002). For å belyse hvordan kunnskapsutvikling kan skje i Hjemmesykepleien, synes en tredeling å gi både tilstrekkelig og grundig forståelse.

### **2.4 Kunnskapssyn**

Den første retningen er kunnskapsutvikling med fokus på betydningen av informasjons- og kommunikasjonsteori. Denne kunnskapsforståelsen har klare strukturelle trekk. Den andre retningen baserer seg på en sosial/prosessuell tilnærming, og den tredje fokuserer på betydningen av intuisjon, følelser og estetikk - og mestring i praksissituasjonen. Forskjellene handler om kunnskapens natur, og et viktig skille blir mellom taus og eksplisitt kunnskap (Gotvassli 2007:105).

Disse tre synene eller perspektivene på kunnskap og kunnskapsutvikling kan fremstilles skjematisk på følgende måte (Gotvassli 2007):

Ulike syn på kunnskap og kunnskapsutvikling	1. Den strukturelle/ rasjonelle forståelse	2. Den sosiale/prosessuelle forståelse	3. Den emosjonelle forståelse
Forståelsesramme	Besittes av individer. Kan beskrives og kartlegges. Eksplisitt kunnskap. Påstandskunnskap.	Innleiret i sosial praksis. Forhandles fram i praksisfeltet. Ofte taus kunnskap. Ferdighetskunnskap.	Takt og utøvelse av skjønn. Intuisjon, improvisasjon, følelser og fornemmelser. Praktisk klokskap.
Syn på kunnskapsutvikling	Funksjonalistisk. Kunnskap kan identifiseres, kartlegges og fremstilles for spredning til andre.	Kunnskap som en del av praktiske ferdigheter. Viktig med deling i praksisfellesskapet.	Viktig med deling og refleksjon. Både refleksjon over handling og i handling.
Metoder og fremgangsmåter for kunnskapsutvikling	Teorier, metoder og strukturelle fremgangsmåter. Forelesninger, tradisjonelle kurs og opplæringsformer.	Ferdighetstrening, arbeid med kunnskapsdeling knyttet til praksisfeltet, veiledning, lære av hverandre, erfaringslæring.	Arbeid i nettverk med blant annet praksisfortellinger. Refleksjon i praksis. Aksjonslæringsmetoder. Langsiktige og prosessuelle tiltak over tid.

Figur 2. Ulike kunnskapssyn

Det vil alltid være en viss overlapping i en slik kategorisering, men de tre ulike perspektivene eller formene for kunnskap vil ha ulike konsekvenser for kunnskapsledelse. I tilretteleggingen av den aksjonsbaserte endringsprosessen kan leder/forsker dermed vektlegge ulike virkemiddel avhengig av synet på kunnskap.

Videre presenteres de tre perspektivene med vekt på kunnskapens ”karakter”, eller hva som menes med kunnskap. Parallelt med beskrivelsen av kunnskapssyn omtales utviklingen av ulike former for ledelse og hva som fremmer kunnskapsutvikling i organisasjoner.

## **2.4.1 Strukturell/rasjonell forståelse av kunnskap**

Frederick Taylor trekkes ofte fram som opphavsmann for det strukturelle synet på ledelse. Han publiserte boka « The Principles of Scientific Management» i 1911. USA og Taylor fikk med dette stor innflytelse på den vestlige verdens tanker om ledelse, der planleggingen skulle atskilles fra måten arbeidet ble utført på. Lederen skulle stå for tenkingen, mens arbeiderne skulle utføre ordre. Lederen skulle i tillegg observere og måle arbeidsmåtene (Irgens 2011).

Den strukturelle og rasjonelle forståelsen av kunnskapsutvikling i organisasjoner har en lang tradisjon og er kanskje det vi først tenker på når temaet ledelse og organisering dukker opp. Det at kunnskap er noe vi som individer og organisasjoner besitter og har som en beholdning representerer dette synet. Kunnskapen er eksplisitt og kan dermed beskrives og kartlegges, identifiseres, behandles og spres til andre. Vi kan tenke rasjonelt og analytisk uavhengig av praksissituasjonene og gjøre beslutninger uten å la oss påvirke av emosjoner (Gotvassli 2007, Irgens 2011, Newell et. al 2002). Forutsetningene for at dette lykkes kan da være at ansatte aksepterer en slik styringsform og at produksjonen egner seg for standardisering (Irgens 2011).

Hele vår vestlige kultur sies å være basert på denne oppfatningen om kunnskap og kunnskapsutvikling i organisasjoner; et strukturelt og instrumentelt perspektiv som favoriserer styring, kontroll og måling. Den fokuserer på rammer, metoder, rutiner, beskrivelser og systematisering, og styringssystemene blir viktige for å dokumentere og kontrollere organisasjonens effektivitet og produktivitet (Gotvassli 2007). Også Hjemmesykepleien preges av dette synet på kunnskap. Internundervisning med presentasjon av faglige problemstillinger i en tradisjonell klasseromssituasjon, blir av mange fremdeles regnet som viktig i kunnskapsutviklingen. Denne type kompetanseheving synes også lettere å dokumentere enn de to tilnærmingene til kunnskapsutvikling.

### **2.4.1.1 Hvordan fremme kunnskapsutvikling? - Strukturell/rasjonell forståelse**

En strukturell tilnærming til kunnskap tenker at ulike deler av organisasjonen har ulik beholdning av kunnskap (Gotvassli 2007). Ved at kunnskapen kan bli identifisert og kartlegges, kan denne spres og deles gjennom informasjonssystemer og databaser, eller

gjennom forelesninger, tradisjonelle kurs og opplæringsformer. Det kan utarbeides rutiner, manualer og oppskrifter for å spre beste praksis. Nettopp å utvikle den intellektuelle kapitalen ved å kartlegge beste praksis, blir viktig slik at andre i organisasjonen får ta del i den (Gotvassli 2007).

## 2.4.2 Sosial/prosessuell forståelse av kunnskap

Den sosiokulturelle forståelsen av kunnskap og kunnskapsutvikling, har en praksisbasert forståelsesramme. Den på læring som noe som skjer i praksisfellesskapet, og læring som en prosess, ikke en struktur. Læring er ikke et resultat av mentale prosesser hos enkeltindividet, men kunnskapsutviklingen er innleiret i sosial praksis og forhandles fram, eller deles i praksisfeltet (Elkjær 2004). Kunnskap blir dermed som en del av praktiske ferdigheter og kan ofte karakteriseres som taus kunnskap. Her blir forståelsen av kunnskapsutvikling som en individuell og mental prosess forlatt. Schön (2001) omtaler dette som kunnskap i handling, en slags sosial ekspertise som er innbygd i våre handlinger. Filstad (2010) hevder det er den sosiale sammenhengen, eller den praktiske situasjonen som blir avgjørende for utvikling av læring. Eller at kunnskapsdeling skjer gjennom deltakelse i praktisk arbeid hvor ansatte deler egne erfaringer, og hvor de har mulighet til å dele og utveksle kunnskap gjennom problemløsende aktiviteter. I Hjemmesykepleien blir denne forståelsen av kunnskap synliggjort ved at nyansatte får gå sammen med en erfaren helsearbeider på opplæringsvakter. Hospitering ved sykehusavdelinger er også et eksempel på at helsearbeiderne i Hjemmesykepleien deler kunnskap i praksisfeltet.

En teori som kanskje er mest benyttet for å billedliggjøre læring i praktiske håndverksyrker, er Dreyfus og Dreyfus (1999) og deres teori *«fem stadier – fra novise til ekspert»*. Den sier noe om at kunnskapen blir kroppsliggjort og at ”den sitter i hendene”. Hovedpoenget er at stadiene skal beskrive tilegnelse av ferdigheter i et undervisningsperspektiv. Stadiene går fra nybegynner –*novise-* via, *viderekommen nybegynner, kompetanse, dyktighet til ekspertise*. I følge Dreyfus og Dreyfus er man på novisestadiet avhengig av regler og oppskrifter for å utføre en handling. Etter øving og læring vil man nå en raffinert diskriminasjonsevne på ekspertstadiet, der ekspertene vet både *hva* som skal oppnås og *hvordan* dette skal oppnås. Teorien beskriver altså en gradvis fremgang i kunnskapsnivå. Den sier lite om det

relasjonelle, der kunnskap kan utvikles i fellesskap, og at en kanskje beveger seg mellom disse stadiene avhengig av situasjonen.

Det er vanlig i både teori og praksis å skille mellom taus og eksplisitt kunnskap. Donald Schön (2001) viser til Michael Polanyi som den første til å bruke uttrykket taus kunnskap. For å eksemplifisere denne kunnskapen, kan vår evne til å gjenkjenne tusentalls med ansikt brukes. Vi kan skille ansiktene, men kan ikke alltid beskrive hva som skiller de fra hverandre. Denne viten-i-handling er ting vi gjør uten at vi kan forklare hvordan, altså alminnelig praktisk kunnskap (Schön 2001). I den sosiale/prosessuelle kunnskapsforståelsen kan det synes som at taus kunnskap knyttes til håndverksferdigheter. Altså oppgaver som kun kan læres gjennom ferdighetstrening. En annen dimensjon av taus kunnskap vil jeg komme tilbake til under « emosjonell forståelse » av kunnskap.

#### **2.4.2.1 Hvordan fremme kunnskapsutvikling - Sosial/prosessuell forståelse**

Von Krogh et.al. (2005) diskuterer kunnskapsledelse og hevder at selve begrepet ledelse signaliserer kontroll over ukontrollerbare prosesser. Å skape kunnskap innebærer i følge Von Krogh et.al. å legge til rette for relasjonsbygging og utvikling av en felles kunnskapsbasis for hele organisasjonen. Hvor vellykket dette blir, avhenger av hvordan medlemmene i organisasjonen forholder seg til hverandre i de ulike stadiene en slik prosess innehar. Kunnskap blir videre definert som berettiget og sann overbevisning, altså snarere en konstruksjon av virkeligheten enn noe som er sant i abstrakt eller universell betydning. Og effektiv kunnskapsutvikling avhenger av en kunnskapshjelpende kontekst. Altså er kunnskap dynamisk, relasjonell og knyttet til menneskelig aktivitet (Von Krogh et. al 2005).

For å fremme kunnskapsdeling blir det dermed nødvendig med ferdighetstrening, arbeid med kunnskapsdeling knyttet til praksisfeltet, veiledning, lære av hverandre og erfaringslæring. I teorien omtales dette som praksisfellesskap; en arena for kunnskapsutvikling.

##### **2.4.2.1.1. Praksisfellesskap**

Praksisfellesskap – Communities of practice – er bare en av svært mange retninger som forsøker å løse forholdet mellom aktør og omgivelser på nye måter (Gotvassli 2007). Teorier

om praksisfellesskap har en klar sosiokulturell forståelse og vektlegger som de andre tilnærmingene, ulike former for analyser og aktiviteter.

Wenger og Snyder (2000) beskriver praksisfellesskap som en gruppe mennesker knyttet sammen av felles ekspertise, eller kunnskap, et felles ønske og engasjement om å oppnå utvikling eller å finne løsninger. Noen praksisfellesskap møtes regelmessig, andre treffes uregelmessig og kanskje bare elektronisk. De utvikler strategier, sprer og deler «beste praksis», utvikler profesjonelle ferdigheter, rekrutterer og utvikler personale. Selv om disse fellesskapene er effektive, er det ikke vanlig å fremheve disse. Det er tre grunner til dette i følge Wenger og Snyder. For det første har praksisfellesskap, selv om de har eksistert så lenge vi har hatt organisasjoner, inntil nylig ikke vært omtalt i organisasjonslitteraturen. For det andre er det bare noen få organisasjoner som har lagt til rette for at praksisfellesskapene skal få en legitim plass i organisasjonen. For det tredje så er det ikke lett å bygge og opprettholde praksisfellesskap, eller integrere dem i resten av organisasjonen. Dette har å gjøre med den organiske, spontane og kunnskapsmessige natur til praksisfellesskapene, som gjør dem uangripelige for kontroll og innblanding.

Ledere som har lyktes i å lage gode praksisfellesskap, har prøvd å unngå å styre hva praksisfellesskapene skal gjøre. De har heller koblet sammen de riktige menneskene, lagt tilrette en infrastruktur som praksisfellesskapet kan samhandle i og målt verdien i praksisfellesskapet på utradisjonelle måter. En metode er historiefortelling. Lederen kan ved å høre på historier eller intervju medlemmene i praksisfellesskapet, få en forståelse av hvilke ideer som har dukket opp, nye løsninger på utfordringer og generell kunnskapsutvikling (Wenger og Snyder 2000).

Praksisfellesskap er verdifulle for organisasjonen på flere måter. Nye ferdigheter, holdninger, verdier og atferd skapes og tilegnes i fellesskapet og slik blir det som læres fellesskapets «eie». Deltakerne i praksisfellesskap kan overføre beste praksis, og det blir en egnet arena for deling av taus kunnskap. Selv om enkeltpersoner forsvinner vil det som læres bli tilbake i organisasjonen. Et praksisfellesskap vil også kunne sørge for hurtig problemløsning ved at deltakerne treffes utenom formelle kanaler (Wenger og Snyder 2000).

Newell et.al. (2002) sier at praksisfellesskapet bare er ansvarlig ovenfor seg selv ved at det er en uformell gruppe med frivillige sammenkomster. Gruppen har ingen produksjonsmål, eller



resultatkrav. Relasjonene er basert på tillit, de har felles språk og gjerne stor grad av historiefortelling for å dele kunnskapen. For å bli definert som et praksisfellesskap skal det være tilfeldig og nærmest skjult for ledelsen og andre utenfor fellesskapet, og alle små tilfeldige møter der det utveksles kunnskap er et praksisfellesskap. Slik blir praksisfellesskapet opplevd som en mer tilfeldig og løsere konstellasjon enn Wenger og Snyder sin beskrivelse.

Praksisfellesskap kan representere en ledelsesmessig utfordring ved at gruppene er lite formaliserte og vanskelig å identifisere. De kan ha stor makt og påvirkning, og dermed virke «truende». Praksisfellesskapet har ingen formell leder, ingen plass i en organisasjon, og det kan også være sammensatt av medlemmer fra ulike organisasjoner. Vi kjenner det kanskje som subkulturer eller ukulturer når praksisfellesskaper skaper egne mål og strategier for arbeidet. Dette er i følge Newell et.al. (2002) noe som skaper uttrykkighet for hvilke holdninger som blir utviklet i praksisfellesskapet, og en lederreaksjon mot en trussel på effektiviteten kan være et ønske om kontroll. Derfor er det viktig, sier Newell et. al., at både leder og deltakere er bevisst dette, og ser på tiltak som kan redusere denne usikkerheten.

Praksisfellesskap er også en metode for å fremme den emosjonelle kunnskapsutviklingen, som jeg beskriver nedenfor.

### **2.4.3 Emosjonell forståelse av kunnskap**

Kunnskapsutvikling gjennom refleksjon, følelser, intuisjon og estetikk, er en emosjonell tilnærming (Gotvassli 2007). Gotvassli har studert norske toppidrettsutøvere og funnet at selv om idretten er preget av systematikk i målinger og utregninger av eksakte data til bruk i forbedringsarbeidet, fortalte utøverne selv at de brukte både teft og intuisjon. De viste til en subjektiv, kvalitativ og taus kunnskap de hadde opparbeidet seg gjennom erfaring. Overført til arbeidslivet sier Gotvassli at, i tillegg til prosedyrer og strukturer, må improvisasjon og følelser få plass. Det er en klok, praktisk og situasjonsspesifikk anvendelse av både den strukturelle forståelsen og den prosessuelle, emosjonelle forståelsen som preger god praksis.

Ideen om praksisfellesskap faller også inn under den emosjonelle forståelsesrammen, men god mestring i praksissituasjoner forutsetter sosiale prosesser som gjør at aktøren kan tolke og leve seg inn i situasjonen. Det er denne vektleggingen av individets tolking, opplevelse,

følelser og intuisjon som skiller den fra den sosiokulturelle innfallsvinkelen. Kilder til kunnskapsutvikling er blant annet magefølelsen og det å kjenne det på kroppen. Innenfor helsetjenesten er det kliniske blikk en mye brukt betegnelse for en kunnskap som verken er boklærdom eller noe som kan etterlignes. Mange yrker krever utøvelse av skjønn og det å utvise takt. Intuisjon, improvisasjon, følelser og fornemmelser, kan slik regnes med som en del av kunnskapsbeholdningen i en organisasjon (Gotvassli 2007).

Dette er ikke ukjent eller noe nytt, men i det tradisjonelle synet på organisasjoner som rasjonelle virksomheter med primært kognitive prosesser, er emosjoner ofte sett på som et forstyrrende element som bør fjernes eller reduseres. Etter hvert har emosjoner blitt akseptert som en kilde til kunnskapsutvikling og prestasjoner ved at de kan gi energi og ny innsikt i problemløsning (Gotvassli 2007).

En måte å illustrere forholdet mellom disse tre kunnskapsnivåene er å tenke på kunnskap som et isfjell:

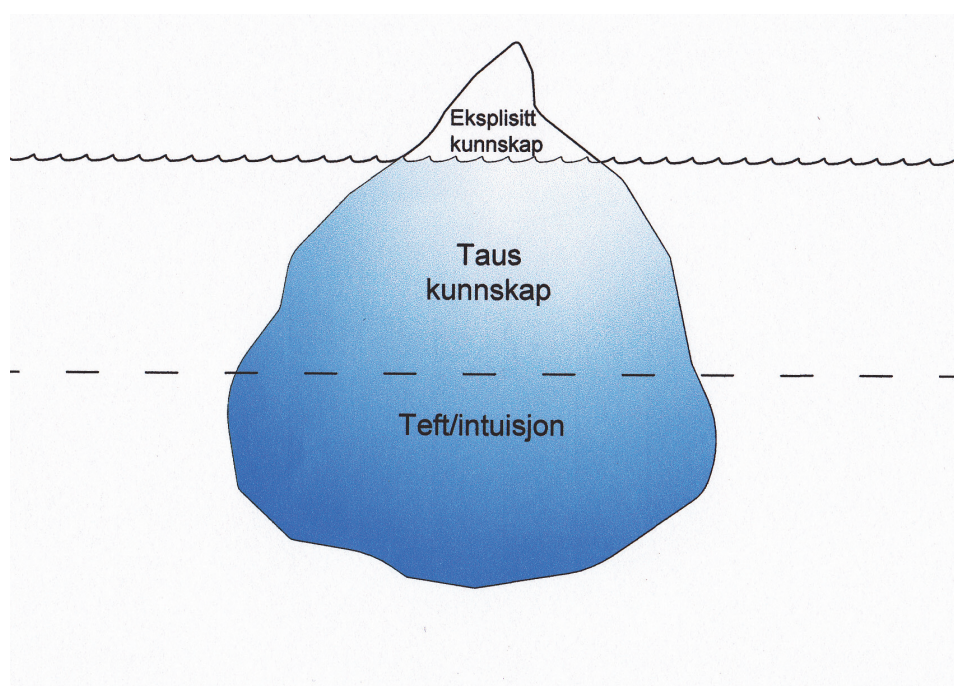


Fig. 3 Ulike kunnskapstyper

De tre ulike nivåene av kunnskap opptrer samtidig og gir kunnskapsutvikling (Gotvassli 2007:93). Disse nivåene gjenspeiler også tredelingen under forklaringen av kunnskapsutvikling.

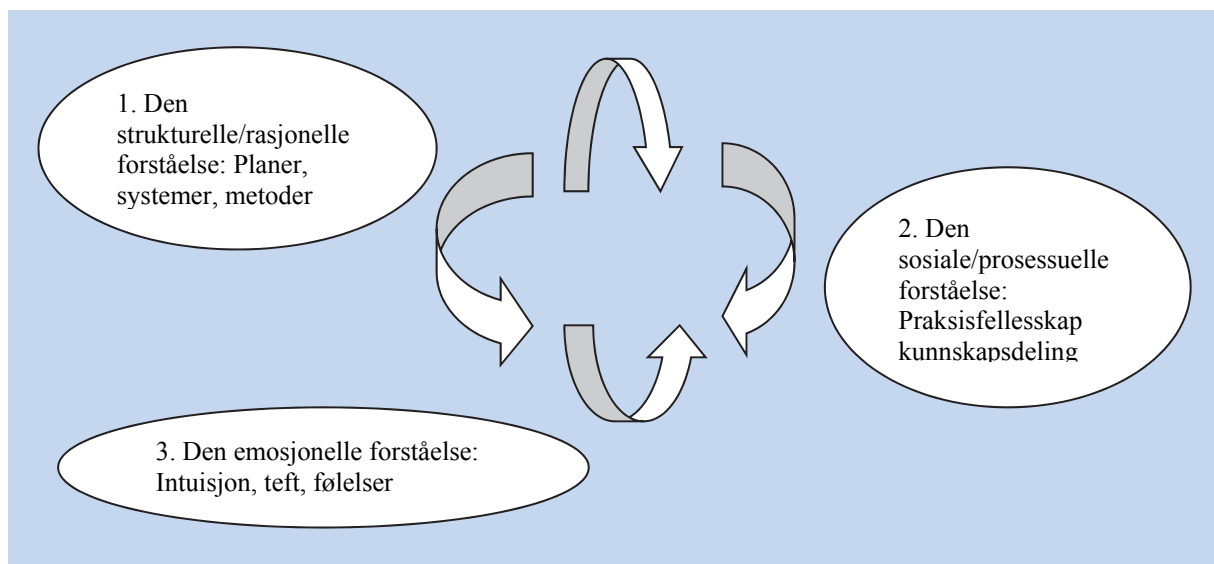
Emosjoner blir dermed regnet med som en vesentlig del av kompetansebegrepet. Om det kan atskilles fra det rasjonelle blir et uvesentlig spørsmål i denne sammenhengen. I Hjemmesykepleien er det kliniske blikk, faglig skjønn og magefølelse kjente begrep. Utfordringen blir å anerkjenne dette som en del av samhandlingskompetansen i organisasjonen, og videre se på hvordan denne kunnskapen kan utvikles på lik linje med de to andre kunnskapsperspektivene, rasjonell kunnskap og sosial kunnskap.

#### **2.4.3.1 Hvordan fremme kunnskapsutvikling?- Emosjonell forståelse**

Å støtte opp om emosjonell kunnskapsutvikling kan skje gjennom det jeg har beskrevet tidligere, praksisfellesskap. Det som skiller refleksjonene i den emosjonelle forståelsen av kunnskapsutvikling fra den sosiokulturelle og prosessuelle, er at refleksjonene skjer i praksis og ikke om praksis i ettertid (Gotvassli 2007:94). Refleksjon blir dermed vesentlig i denne sammenhengen og kunnskapsutviklingen skjer gjennom langsiktige og prosessuelle tiltak over tid.

#### **2.4.4 Oppsummering**

Jeg har beskrevet samhandlingskompetanse som evne til oppgavefordeling mellom helsearbeiderne, for og nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. Kravene og målene i denne sammenhengen er nedfelt i Samhandlingsreformen. Samhandlingskompetanse i Hjemmesykepleien blir dermed en praksisferdighet. For å belyse kunnskapsbegrepet, har jeg tatt utgangspunkt i tre ulike forståelsesrammer av kunnskap og hvordan det kan legge til rette for kunnskapsutvikling. Den ene forståelsen utelukker ikke den andre og samspillet mellom de tre kunnskapssynene blir illustrert i følgende figur:



Figur 4. Et produktivt samspill (Gotvassli 2012)

Begge de to siste forståelsene av kunnskap vektlegger refleksjon som et viktig hjelpemiddel og bærende element i kunnskapsutviklingen, og refleksjon er også sentralt i aksjonsbaserte tilnæringsmetoder. Derfor blir det viktig å utdype refleksjonsbegrepet i fortsettelsen.

## 2.5 Betydningen av refleksjon

Refleksjon kan beskrives som å betrakte konkrete erfaringer på avstand for dermed å skape forståelse for hva disse erfaringene egentlig betydde og medførte av konsekvenser, eller en refleksjon i praksissituasjonen for å bevisstgjøre og forstå handlingen i det den skjer (Coghlan og Brannick 2010).

Schøn (2001) beskriver viten-i-handling som sunn fornuft i praksissituasjoner. Videre sier Schøn at mye refleksjon-i-handling har å gjøre med opplevelsen av overraskelse. Når en intuitiv, spontan handling gir forventede resultater, tenker vi ikke mer på det. Men derimot når en slik spontan handling fører til overraskende resultater, så kan reaksjonen på dette føre til refleksjon-i-handling. Dersom noe overraskende ser ut til å virke, mislykkes eller ha uventede effekter, kan dette lede til prosesser der refleksjonen setter et interaktivt fokus på effekten av handlingen, på selve handlingen og på den intuitive kunnskapen som implisitt ligger i handlingen. Det kan altså være slik at i selve handlingsforløpet så reflekterer vi over det vi gjør, samtidig med at vi i denne prosessen utvikler evnen til å gjøre det.

En profesjonell praksis blir ofte preget av gjentakelser slik at erfaring gjør at kunnskapene blir tause, spontane og automatiske (Schøn 2001). Dette kan på den ene siden føre til ekspertkunnskap, men kan også føre til sneversynthet. Refleksjon-i-handling blir da sentralt for i praksis å kunne håndtere vanskelige og omskiftelige situasjoner som oppstår i arbeidslivet. Schøn sier at når noen reflekterer-i-handling, blir vedkommende en forsker i en praksissammenheng. Han eller hun konstruerer en ny teori til det unike tilfellet.

Gurid Aga Askeland (2006) drøfter forskjellen på refleksjon og kritisk refleksjon. Hun hevder at en refleksjon blir kritisk når den har følgende to målsettinger: Å belyse maktrelasjoner og bli klar over hvilke dominerende antagelser som påvirker ens praksis. Dermed blir kritisk refleksjon en metode for å reflektere over egen praksis. Den bygger på en forståelse av at det eksisterer ulike former for kunnskap og at vi gjennom refleksjon kan bli mer bevisst på hvilken kunnskap vi bygger på og hvordan den påvirker våre handlinger.

For å utdype dette benytter Askeland (2006) diskursbegrepet. Diskurs kan være det som tvinger fram og muliggjør bestemte uttrykksmåter, tankemåter og måter å skrive på innenfor spesifikke og samfunnsmessige grenser. Når en analyserer diskursen, spør en hvilke kunnskapsstrukturer som for en periode, i et gitt samfunn, definerer eller bestemmer hva som skal bli sagt. Videre spør en etter hvilke uttrykksmåter som blir stående, hvilke uttrykksmåter som blir regnet som gyldige og hvilke som ikke blir det, hvilke uttrykksmåter som blir hentet fra andre diskurser og hvilke som har innflytelse på diskursen.

Ved å analysere den gjeldende diskurs kan vi da analysere makt. En kan spørre om hvilke diskurser som har hatt innflytelse på hvordan jeg handlet? Hvilke diskurser er rådende i mitt praksisfelt? Hvilke uttrykksmåter får gjennomslag, hvilke begrunnelser er gyldige, hvilke argumenter blir vektlagt på mitt praksissted (Askeland 2006).

Granum m.fl. (2012) har gjennomført en litteraturstudie der begrepet «kritisk tenkning» blir presentert slik det kommer fram i internasjonal sykepleieforskningslitteratur. De har også sett på hvilken betydning kritisk tenkning har for sykepleieutøvelse. Begrepet kritisk tenkning i denne litteraturstudien er lite brukt i sykepleiefaget før 90-tallet. Frem til da ble i hovedsak kognitive ferdigheter vektlagt, mens de affektive komponentene, eller det som ivaretar de relasjonelle dimensjonene, etter hvert fikk større oppmerksomhet.

Holdningenes betydning for vurderinger kommer senere som elementer i kritisk tenkning. Deretter har kritiske refleksjoner, evnen til å forstå og tolke situasjoner, vært sentralt i beskrivelsen av kritisk tenkning (Granum m.fl. 2012). Her vises kritisk refleksjon som et element i kritisk tenkning og slik omfatter kritisk tenkning mye mer enn selve refleksjonen. Kritisk refleksjon blir med dette en aksjon i den kritiske tenkningen, og avgrenses til å være et filosofisk uttrykk som innebærer å tenke over noe. Begreper som tilbakeblikk og ettertenksomhet blir benyttet, og avviker dermed fra refleksjonsdefinisjonen som ble brukt ovenfor, der blant annet «reflection in action» ikke har avstand verken i situasjon eller tid. Dermed utvides refleksjonsbegrepet til å være handlingsfokuseret, og overlapper eller samsvarer med Granums bruk av ordet «tenkning».

Kritisk refleksjon blir vesentlig i aksjonsforskningen der fokus i denne oppgaven er aksjonsbasert utforskning, som nettopp skal ivareta verdien av å tenke nytt og reflektere på metanivå. Granum m.fl. (2012) viser til at kritisk tenkning har et aspekt av skepsis og motstand, og evnen til å være grunnleggende skeptisk til det man ser, hører og gjør, kan defineres som genuint kritisk. Videre innebærer det å tenke uforbeholdent om erfaringene, å stille spørsmål til egen og andres tenkemåte, tro, verdier og holdninger. Dette samsvarer med Askeland sin definisjon på kritisk refleksjon, som blir kjennetegnet ved å belyse maktrelasjoner og bli klar over hvilke dominerende antagelser som påvirker ens praksis.

Ved å ha et kunnskapssyn som rommer mange former for kunnskap, og at det er mange måter å forstå en situasjon på, blir hensikten med den kritiske refleksjonen å få fram alternative måter å se situasjonen på. Kritisk reflekterende praksis innebærer dermed en forståelse av at det fins ulike typer kunnskap, og at en ikke kan lage regler for alle situasjoner, fordi praksis finner sted i uklare, ukontrollerbare og uforutsigbare situasjoner. Refleksjonen kan føre til en bevisstgjøring av hvilke dominerende antagelser som styrer ens praksis. Det handler også om rolleforståelse og tydeliggjøring av ansvarsforhold (Granum m.fl. 2012).

Kritisk refleksjon kan gi innsikt for hvordan og hvorfor en handler som en gjør. Dersom en ser at praksis ikke er i overensstemmelse med egne verdier, vil den nye erkjennelsen kunne bidra til en endring i praksis. Kritisk refleksjon vektlegger derfor også et handlingsaspekt med endring av u hensiktsmessig praksis. Et poeng med litteraturstudiet og drøftingen til Granum m.fl., er at de argumenterer for at kritisk tenkning i sykepleietjenesten gir økt

pasientsikkerhet, ved at de ansatte gjennom øving og praktisering av kritisk refleksjon, kan oppnå kunnskapsutvikling og dermed bedre praksis. Det blir da vesentlig å se på hvordan det kan tilrettelegges for dette.

## **2.6 Hvordan fremme samhandling og kunnskapsutvikling?**

Suksesskriterier for etablering av en sterk læringskultur innebærer i følge Filstad (2010) at organisasjonen må ha en grunnleggende og felles forståelse av hva læring, kunnskap og kompetanse er. Slik kan de viktigste arenaene for læring på arbeid identifiseres. Videre kreves det forankring i alle deler av organisasjonen, tilstrekkelig tilgang på ressurser, og en organisasjonsstruktur som støtter opp om læringsprosessene. Læring og kunnskapsutvikling beskrives som kontinuerlige prosesser, og det er følgelig ikke tilstrekkelig med fokus på læring og kunnskap over en begrenset tidsperiode. Det å utvikle en sterk læringskultur handler altså om blant annet å ha ledere som tilrettelegger for læring og kunnskapsutvikling, og kolleger med felles ansvar for læring og kunnskapsdeling (Filstad 2010).

Jeg har vist at ut ifra karakteristiske trekk ved tjenesten er den aksjonsbaserte tilnærmingen egnet for å få til kunnskapsutvikling. Vi arbeider i en felles praksis der refleksjon og egne faglige vurderinger er vektlagt i utøvelsen av arbeidet, samtidig som samarbeid og samhandling er en vesentlig faktor for å skape gode tjenester. I neste kapittel vil jeg vise hvordan aksjonsforskning kan være egnet som endringsstrategi, og hvilke utfordringer dette kan medføre i gjennomføringen av forskningsprosessen.

## 3. Aksjonsforskning (AF) som innfallsvinkel til endring

---

Aksjonsforskningen skiller seg fra annen forskning gjennom at forskeren og deltakerne selv er tett involvert i forskningsprosessen. Ønsket er både å gjøre vitenskapelige oppdagelser og å løse praktiske utfordringer. I tillegg skal dette skje der menneskene befinner seg og utfører sitt arbeid. Forskeren samarbeider med oppdragsgiver og målgruppe, og må dermed innta en lydhør posisjon og samhandle med aktørene i organisasjonen. Forskeren blir en forandringsagent med sitt eget verdisyn og forlater dermed det objektive og distanserte vitenskapsidealet. Metodikken består av datainnsamling, spesielt om holdninger og følelser, og tilbakemelding om resultatene (Rennemo 2006, Irgens 2011 ).

Hvordan aksjonsforskning blir utført henger derfor sammen med hvordan forskeren forholder seg til det som blir undersøkt og de involverte. Videre hvilke kunnskapssyn og teorier som blir brukt som verktøy i bearbeiding av data. Dette skaper også rammer for forskerens væremåte og relasjon til omgivelsene og medforskerne. Jeg har i denne oppgaven valgt et kunnskapssyn som innebærer kritisk refleksjon, og det får konsekvenser for hvordan jeg reflekterer over, og analyserer datamaterialet.

### **3.1 Aksjonsforskning i en vitenskapelig tradisjon**

Coghlan & Brannick (2010) viser til at aksjonsforskning tilhører en vitenskapelig tradisjon der forskeren gir fra seg makt ved å dele kunnskapsproduksjonen med medforskere, eller de som blir forsket på. I aksjonsforskning er det større fokus på endring som et mål med forskningen i stedet for å forklare eller samle bevis for et synspunkt. Dette gjenspeiler mitt ønske med forskningen; å tilrettelegge for en endringsprosess.

Levin og Greenwood (2007) viser til at det eksisterer to retninger i den kvalitative metodediskusjonen:

- teknikker for analyse og konstruksjon av mening ut fra kvalitativt materiale



- kampen om å forstå seg selv som involvert politisk og sosial aktør i forskningsprosessen

De sier videre at aksjonsforskning tilhører den siste retningen, selv om analyse og konstruksjon av mening også er viktig i aksjonsforskning. De to retningene skilles dermed fra hverandre ved at AF kan ses på som en prosess, mens den førstnevnte er analyse av eksisterende materiale. Dette vil ha betydning for hvordan datamaterialet blir analysert i denne oppgaven ved at hovedfokus blir å beskrive erfaringer fra prosessen.

### **3.2 Karakteristiske trekk ved AF**

Aksjonsforskning kan ses på som et uttrykk for samfunnsengasjement og solidaritet, og ble i utgangspunktet designet for å bygge bro mellom teori og praksis. AF er dermed ikke en bestemt metode, men er en tilnæringsmåte til et forskningsfelt (Rennemo 2006).

Aksjonsforskning kan derfor omtales som metodologi. Det vil si en måte å drive forskning og endringsarbeid som benytter ulike metoder, for eksempel observasjon, praksisfortelling, intervju og så videre (Bøe og Thoresen 2012).

Under følger en definisjon på aksjonsforskning som beskriver fokuset jeg ønsker å ha i denne oppgaven:

Action research may be defined as an emergent inquiry process in which applied behavioural science knowledge is integrated with existing organizational knowledge and applied to solve real organizational problems. It is simultaneously concerned with bringing about change in organizations, in developing self-help competencies in organizational members and adding to scientific knowledge. Finally, it is an evolving process that is undertaken in a spirit of collaboration and co-inquiry (Coghlan and Brannick 2010:4).

Aksjonsforskning har dermed noen typiske trekk som er:

- Forskning *in action* og ikke *on action*
- Deltakelse og medvirkning
- Aksjon – endring av praksis

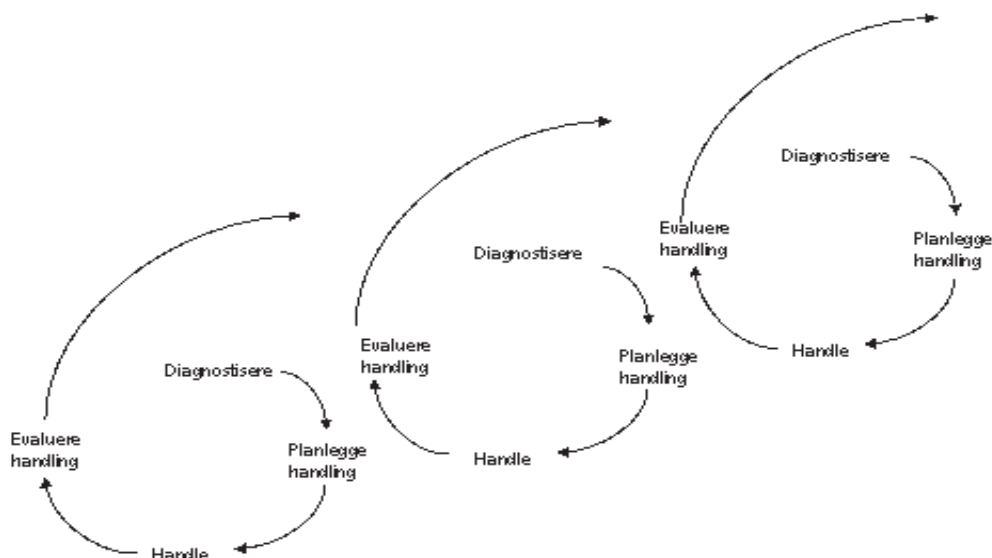
Disse karaktertrekkene virker sammen i en syklus, illustrert i aksjonsforskningsspiralen (figur 5).

Forskning *in action* og ikke *on action* betyr at fokuset er i her - og - nå - situasjonen, med deltakerne selv i tillegg til forskeren som aktører i praksissituasjonen. Dette i motsetning til andre forskningstradisjoner der forskeren studerer en pågående praksis utenifra - *on action*. Dette samsvarer med Schøns (2001) beskrivelser av den reflekterte praktiker der han skiller mellom refleksjon i praksis og refleksjon om praksis.

Jeg opplever medvirkningsfokuset som det vesentlige i aksjonsforskningen. For at nye løsninger skal lykkes og implementeres trekkes prosess, medvirkning og deltagelse fram som suksessfaktorer. Utviklingsprosessene skal i følge Coghlan og Brannick (2010), skje i en ånd av samarbeid og medforskning - *co-inquiry*. Dette kan på den ene siden tenkes å føre til forsinkelser i prosesser, beslutningsvegning og ineffektivitet, men på den andre siden presiserer Coghlan og Brannick (2010) at bruk av atferdsvitenskap må være en naturlig del av aksjonsforskningen. En viktig egenskap som leder blir å kunne skille mellom behov for styring og beslutning på den ene siden, og medvirkning og prosess på den andre.

AF er karakterisert ved fokuset på endring av praksis. Det er et klart alternativ til andre modeller i forhold til endring, der både behov for endring og endringsstrategier blir initiert fra ledelsen eller som resultat av endrede ytre behov. *Forskningsprosessen har til hensikt å løse reelle organisasjonsproblemer og kunnskapsutviklingen blir dermed et resultat av forskerens samarbeid med de som arbeider i det aktuelle praksisfeltet.* AF-prosessen rettes inn mot å endre uheldige og etablerte handlingsmønstre i organisasjonen. Selve problemforståelsen blir derfor ofte en langsom utviklingsprosess som gjensidig krever samarbeid og dialog med alle aktørene (Gotvassli og Tiltnes 2011)

Coghlan & Brannick (2010:10) fremstiller AF-prosessen som en syklisk prosess der de ulike elementene i forskningsprosessen gjentas på en spirallignende måte. In action gjør deltagerne opp status og stiller diagnoser for deretter å se på ønsket endring. Ulike intervensjoner prøves ut for å se om ønsket endring oppnås. Effekten av tiltakene vurderes og evalueres. Det gjøres opp ny status, kanskje både problemstilling og ønsket endring blir justert for så å iverksette nye tiltak og intervensjoner. Dette gjentas flere ganger etter hverandre.



Figur 5 Aksjonsforskningsspiralen

Modellen illustrerer at aksjonsforskning skiller seg fra «tradisjonell» forskning, ved at den i større grad baserer seg på utvikling av ny kunnskap og endring av praksis gjennom felles diskusjon og refleksjon (Rennemo 2006, Gotvassli og Tiltnes 2011). Derfor vil den oppfylle mitt ønske om ikke bare å beskrive og forstå eller forklare, men også kunne påvirke og endre praksis som en effekt av forskningen.

### 3.3 Bakgrunn for valg av aksjonsforskning

For å utdype bakgrunnen for valg av aksjonsforskning, eller en aksjonsbasert tilnærming i denne oppgaven, vil jeg svare på spørsmål utarbeidet av Levin og Greenwood (2007). Dette kan illustrere grunnlaget og intensjonene i denne type forskning på en oversiktlig måte. De hevder at dersom svaret er ja på noen av følgende seks spørsmål, så kan aksjonsforskning være relevant som forskningsprosess. Videre sier de at valget vil bygge på etiske og politiske preferanser.

- Er det viktig å forme forskningens problemstillinger fra hverdagslivets politiske realitet?
- Er et viktig å bidra til de «utforskede» livsverden?

- Er det viktig å kunne skape konkrete resultater?
- Er det viktig at forskningen er praktisk nyttig?
- Er det viktig at forskningen har som verdigrunnlag å gi et bidrag til at de «utforskede» kan øke kontrollen over egen situasjon?
- Er det viktig at de «utforskede» kan ta del i forskningens læringsprosess?

Alle disse punktene er relevante for min problemstilling. Den stiller spørsmål ved hvordan jeg kan tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess, og har vært styrende for hvordan jeg har lagt opp forskningsprosessen. Jeg har kunnet svare ja på spørsmålene som Levin og Greenwood skisserer, og innledningsvis har jeg også gjort rede for dette. Det å skape konkrete resultater har vært en sterk motivasjon, men jeg innser også at resultatet kun er et lite skritt på veien. I aksjonsforskningen er likevel nytteverdien for deltakerne umiddelbar, ved at refleksjon og læring skjer parallelt med forskningsprosessen. Dette er viktig for meg da problemstillingen handler om kunnskapsutvikling. Det gir også mening for meg at problemstillingen relaterer seg til Samhandlingsreformen, en politisk ønsket utvikling, og at aksjonsforskningen dermed har en politisk funksjon.

Målet med denne forskningen er kunnskapsutvikling gjennom en aksjonsbasert endringsprosess som kan føre til økt samhandlingskompetanse. Samhandlingsprosessen mellom forsker og deltakere blir satt i fokus, og forståelsen av kunnskap og læring blir avgjørende for valg av en prosessuell tilnærming. Jeg har på den ene siden tro på at jeg kan bidra med kunnskap til feltet, og på den andre siden at feltet vil kunne gi meg økt kunnskap. Aksjonsforskningstilnærmingen viser derfor også at jeg har ønske om å påvirke feltet.

Jeg ønsker å legge til rette for en aksjonsbasert endringsprosess der de ansatte deltar og medvirker og vi reflekterer in action. En slags dobbelteffekt ved at jeg bruker refleksjon i handling for å utvikle evnen til kritisk refleksjon. I Schöns (2001) framstilling av den reflekterte praktiker, er det å kunne reflektere i praksis fremhevet som vesensforskjellig fra en forsker som ser på praksisfeltet utenifra – on action. Utgangspunktet for forskningen er praksisfeltets problemforståelse, spørsmålene som stilles og hvilke konfliktsituasjoner som preger feltet. Dermed blir aksjonsforskning en form for kunnskapsutvikling gjennom deltagelse av utviklingsprosesser (Gotvassli og Tiltnes 2011).

Levin og Greenwood spør om det er det viktig at forskningen har som verdigrunnlag å gi et bidrag til at de «utforskede» kan øke kontrollen over egen situasjon? Jeg tolker dette som å kunne relateres til det fokuset på kritisk refleksjon, der et mål er å analysere og avdekke gjeldende diskurser og gi medforskerne redskap til å forstå maktrelasjoner. Bøe og Thoresen (2012) viser til den tyske filosofen Jürgen Habermas og hans kritiske teori som har hatt stor påvirkning på en retning innen aksjonsforskningen som bruker kritisk refleksjon som verktøy i forskningsprosessen. Habermas mente at når maktrelasjoner ble avdekket, førte det til at kritisk kunnskap ble utviklet og at denne ble sett på som sann kunnskap. Det kunne bare oppnås gjennom å være kritisk, og det var denne kunnskapen som lå til grunn for at endring kunne skje. Bøe og Thoresen (2012) utdypet forskjeller mellom det de kaller fjerdegenerasjons aksjonsforskning og kritisk aksjonsforskning, der forståelse av makt er forskjellig. Kritisk aksjonsforskning oppmuntrer oss til å fjerne makten som forutsetning for å skape ny og bedre praksis, mens fjerdegenerasjons aksjonsforskninger i stedet opptatt av å studere maktrelasjoner. Forskerne ønsker altså ikke å fjerne makt fordi makt alltid vil befinne seg i relasjoner og virke på forskjellige måter. Det er denne tilnærmingen jeg velger å bruke videre i aksjonsforskningsprosessen. Målet blir da ikke å definere hvorvidt makten er positiv eller negativ, men å undersøke hvilke sannheter, meninger, væremåter og praksiser den produserer (Bøe og Thoresen 2012). Å få forståelse for hvordan makt virker blir dermed et viktig mål for kritisk refleksjon, noe som samsvarer med diskursanalyse som ble beskrevet i kapittel 2.5.

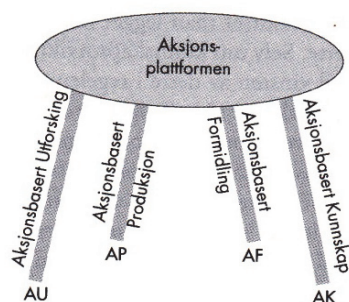
Fjerdegenerasjons aksjonsforskning er relevant for problemstillingen ved at deltakerne i forskningen kan oppdage hvordan makt er tilstede. Dette kan oppleves frigjørende fordi det skaper et utgangspunkt for å forstå praksis på nye måter (Bøe og Thoresen 2012). Deltakerne kan oppnå innsikt i hvordan makt virker inn på egen helsefaglige praksis, på Hjemmesykepleien som organisasjon og samhandlingen i tjenesten. Neste kapittel omhandler hvordan denne forståelsen for aksjonsforskning kan være egnet som innfallsvinkel til endring.

### 3.4 Beskrivelse og drøfting av AF som innfallsvinkel til endringsprosesser

Organisasjonsteoretiker og statsviter James G. March sier at ny kunnskap kan være av to ulike typer. For det første det som kan sees på som genuint ny kunnskap, i betydningen «noe vi ikke har visst om i det hele tatt før». Han sier at dette er kunnskap det er svært ambisiøst å ha som mål å få fram og at denne kunnskapen kan utfordre, og kanskje til og med revolusjonere etablert kunnskap. Den andre typen kunnskap har som mål å utvikle og raffinere eksisterende kunnskap ved å supplere og utvide «noe vi allerede vet». I følge March, bryter ikke denne kunnskapen med tidligere antagelser (Jacobsen 2005). Derfor kan det være nyttig å gjennomføre undersøkelser i organisasjoner selv om tidligere undersøkelser har sagt noe om det samme. Generelle funn i andre organisasjoner, i andre kulturer til annet tidspunkt, gjelder ikke nødvendigvis for Hjemmesykepleien. I Hjemmesykepleien kan vi bringe fram ny, lokal kunnskap ved å forske omkring kritisk refleksjon og kunnskapsdeling, selv om andre har gjort lignende forskning tidligere.

Jacobsen (2005) viser videre til flere grunner hvorfor det ikke bør stilles krav om banebrytende nye resultater fra empiriske undersøkelser. Han hevder det ville føre til at vi aldri fikk helt ny kunnskap ved at ny kunnskap alltid er et resultat som vi ikke var klar over når vi startet undersøkelsen. Altså kan vi ikke planlegge ny kunnskap fordi vi ikke vet om den. Dermed ville ingen våge å sette i gang med undersøkelser. Aksjonsforskning skiller seg fra dette ved at endringsprosessen er selve målet, og ikke forskning på resultatet.

En aksjonsbasert tilnærming hviler på fire kvaliteter eller verdier i følge Rennemo (2007:31), illustrert i følgende figur:



Figur 6 «Den aksjonsbaserte helhetsmodellen»

Jeg har ulike forventninger om resultat i forhold til de fire stolbeina:

1. AU- aksjonsbasert utforskning **ivaretar verdien av å tenke nytt og reflektere på metanivå**. I denne oppgaven er fokuset i hovedsak på dette bidraget i «aksjonsplattformen». Jeg vil analysere og belyse effekten, eller verdien av å tenke nytt, finne nye innfallsvinkler og forståelse for det å reflektere sammen med andre.
2. AK- aksjonsbasert kunnskap, relateres til verdien av å skape ny kunnskap og økt kompetanse for både individer og organisasjoner. Dette håper jeg vil bli en positiv effekt av masterarbeidet, men innser at dette blir en diskusjon og tolking av resultatet av utforskningen, og det samme gjelder neste punkt.
3. AF- aksjonsbasert formidling ivaretar verdien av å gjøre bruk av og utvikle generaliserbar kunnskap, samt formidle resultatene av kunnskapsutviklingen til akademiske miljøer. Å kunne bidra til vitenskapen, er en viktig intensjon med aksjonsforskning. Denne oppgaven vil være et bidrag, og senere bearbeiding av resultatet, samt videre forskning kan også resultere i en akademisk presentasjon.
4. AP- aksjonsbasert produksjon fremhever viktigheten av at aksjonsprogrammet bidrar til produksjon av høyt verdsatte og dokumenterte resultater for de foretak eller organisasjoner som involveres. Jeg ønsker å diskutere hvordan min forskning kunne ha sett ut i en større sammenheng.

Alle de fire stolbeina er nødvendige i aksjonsrettet arbeid og denne modellen kan ifølge Rennemo brukes til både design og evaluering av faktiske aksjonsforskningsprogrammer. Dette er noe jeg kommer tilbake til i analysekapitlet.

### **3.4.1 Ulike perspektiv**

I problemstillingen blir det poengtert at endringsprosessen er aksjonsbasert, og dermed ulik andre endringsprosesser i forskjellige organisasjoner. Aksjonsforskning har noen særegne karakteristikk som innfallsvinkel til endring i organisasjoner. Tiltnes og Gotvassli (2011) drøfter dette i artikkelen «Aksjonsforskning som strategi for endring» og viser til at det er nyttig å se på ulike perspektiver på hvordan endring skjer, noe de mener gir innsikt i mangfoldet og kompleksiteten i ulike perspektiver på hvordan sosiale systemer endres. Dette

er det lett å være enig i, men det er kanskje vanskeligere å gi en presis beskrivelse av det som skjer. De skriver videre om planlagt endring, endring som evolusjon og endring som tilfeldighet, der disse perspektivene ikke trenger å være konkurrerende, men heller utfyller hverandre.

### **3.5 Leder og aksjonsforsker**

Aksjonsforskningsprosesser involverer tradisjonelt eksterne forskere og interne problemeiere der grunnidéen er å skape felles lærings- og refleksjonsprosesser som fører til at aktørene sammen blir i stand til å utvikle gode løsninger på konkrete problemer som kan prøves ut og vurderes i en syklisk prosess (Rennemo 2006).

I dette kapitlet vil jeg se på utfordringer med det å være leder og samtidig forsker i egen organisasjon. Teorier som belyser problemstillinger knyttet til forskning i egen organisasjon omhandler blant annet nærhet til feltet. En leder kan være forutinntatt og ha en forutforståelse som kan påvirke forskningen. Rollen som leder kan også påvirke feltet på en annen måte enn en ekstern forsker ville ha gjort ved at deltakerne forholder seg ulikt. Her kommer makt og politikk inn i bildet. Etske problemstillinger i forhold til forskningen, følger av maktpolitiske forhold. Resultatet av forskningen vil avhenge av at forsker og deltakere har innsikt i disse problemstillingene, noe jeg vil utdype i dette kapitlet.

#### **3.5.1 Forsking i egen organisasjon**

I følge Coghlan og Brannick (2010:103) kan forskning i egen organisasjon ha ulike former, avhengig av eget og organisasjonens ønske om læring. Dette fokuset på forsker og system, herunder organisasjon, kan synliggjøres i følgende modell:



## Systemets og forskerens læringsfokus

### System

	Ingen intensjon om å studere seg selv i aksjon	Intensjon om selv-studie i aksjon
Forsker	1. Tradisjonell forskningstilnærming. Innsamling av data. Avstand til, og ingen involvering av feltet.	2. Pragmatisk Action Research. Mekanistisk og forhåndsdefinert, gjerne drevet av interne konsulenter. Opptatt av å forbedre systemet, men ikke lære av prosessen.
	3. Forskeren, en reflektert praktiker med ønske om å lære selv i prosessen, men systemet har ikke denne ambisjonen.	4. Transformatorisk emergende forandring i stor skala, omfatter både system og forsker.

Figur.7 Forsker og system

Modellen viser at læringsutbyttet for henholdsvis forsker og felt, er avhengig av om forskeren eller organisasjonen i liten eller stor grad har ønske om å studere seg selv i aksjon. Den kan derfor være egnet til å klargjøre premisser for prosessen, da fokus fra forsker og system kan variere og ønskede mål kan være ulike. Dette blir viktig å avklare innledningsvis for å avstemme forventninger og ambisjoner. Ved at organisasjonen har ønske om læring, gir dette engasjement og oppslutning om prosjektet og kan dermed ha betydning for hvor vellykket aksjonsforskningsprosessen blir. Denne modellen har vært nyttig for meg også etter prosessen var gjennomført, fordi den har tydeliggjort at jeg har beveget meg mellom 3. og 4. kvadrant. I ettertid ser jeg bevegelsene ikke samsvarte med forventningene mine i begynnelsen av prosessen. Dette kommer jeg tilbake til under metarefleksjon i kapittel 6.4.

Aksjonsforskning har en relativt sterk tradisjon innenfor skole og utdanningssystemet, mens det finnes få bidrag der lederen av skolen har ansvar for å drive AF-prosessen. I Norge derimot har vi endel masterarbeider der lederen er aksjonsforsker (Gotvassli og Tiltnes 2012). Jeg har ikke funnet eksempler på at en leder innen helse- og omsorgstjenesten har drevet aksjonsforskning. Dette kan tyde på at aksjonsforskning er lite utprøvd innen helsesektoren, at det er enda mindre vanlig å forske på egen organisasjon, og minst vanlig at leder forsker på egen organisasjon. Det er både fordeler og ulemper med å være både forsker og leder. AF-

prosessen ligner på andre endringsprosesser som en leder kan initiere og gjennomføre. Å forske i tillegg til lederjobb, vil kanskje være i de tilfeller lederen er i et utdanningsforløp som i mitt tilfelle, da dette vil være et spørsmål om ressurser, spesielt med tanke på bruk av tid.

Det er viktig i AF-prosesser der forsker er ansatt i organisasjonen, å bevisstgjøre for seg selv hvordan det subjektive ståstedet kan ha både positive og negative innvirkninger på forskningen. Det å være forsker og leder i egen organisasjon innebærer både etiske og politiske problemstillinger, og makt blir sentralt (Coghlan og Brannick 2010).

Det vil være visse fordeler med å være leder og forske i egen organisasjon, samtidig som det vil ha noen utfordringer. I en funksjon som både leder og aksjonsforsker i mitt aksjonsforskningsprosjekt kan dette by på utfordringer som er nødvendig å belyse nærmere. For meg var det også viktig at disse problemstillingene ble belyst og drøftet i første møte med medforskerne. Det henger sammen med oppgavens fokus på kritisk refleksjon, som skal hjelpe deltakerne til nettopp å bevisstgjøre og tydeliggjøre maktforhold, og diskurser som påvirker ens handlinger i praksis. Jeg vil vise til både etiske og maktpolitiske problemstillinger i fortsettelsen.

### **3.5.2 Legalitet og legitimitet**

Ut fra et legalitetsperspektiv vil det være uproblematisk at leder setter i gang endringsprosesser der bedring av praksis er målet. Dette sammenfaller med enhver leders oppdrag. Hvorvidt det ut fra et legitimitetsperspektiv er greit å iverksette en slik endringsprosess, kan det stilles spørsmål ved. En lederposisjon kan bli problematisk med tanke på likeverdighet og faren for dominans og manipulering i aksjonsforskningsarbeidet.

Grensen mellom forskerrollen og organisasjonsrollen kan bli utydelig og det kan være frustrerende og forvirrende for medarbeidere som ikke vet når lederen er henholdsvis forsker og leder. Denne dobbeltrollen kan skape usikkerhet og bli en utfordring i forhold til å etablere nødvendig tillit og legitimitet for en god prosess (Coghlan og Brannick 2010).

### 3.5.3 Nærhet til feltet

Graden av tilknytning til menneskene i organisasjonen kan bidra til å påvirke hvordan data blir oppfattet eller tolket. Hvis forskeren er godt kjent med en spesiell oppgave eller funksjon, kan det være vanskelig å se problemet fra andre perspektiv. Forutinntatthet og mangel på kritisk tilnærming og nærsynthet kan bli resultatet (Coghland og Brannick 2010).

Forutinntatthet eller forutforståelse kan beskrives som summen av de erfaringer og den kunnskap og innsikt man sitter med før forskningsprosessen starter (Coghland og Brannick 2010). Å kjenne organisasjonen og kulturen gir åpenbare fordeler for gjennomføring av en forskningsprosess i forhold til det ukjente personer har. Kjennskap til kultur, språk og sjargong, tradisjoner, uformelle strukturer gir muligheten til å følge opp svar med nye relevante spørsmål. Det å kunne delta i diskusjoner, være tilstede og observere uten at det blir lagt merke til, eller vekker mistanke, er en åpenbar fordel.

Da kan ulempen være at som del av den samme kulturen har forskeren vanskelig for å skape distanse og slik vurdere kulturen med et kritisk blikk. Det trenger ikke å mangle synspunkter på hvordan ulike forhold *er*, ulempen er da at svaret antas å være riktig og det unnlates å undersøke grundig nok (Coghlan og Brannick 2010). Slik kan forskeren bli ute av stand til å ha nødvendig kritisk tilnærming på bakgrunn av ulike sympatier og antipatier. Forskerens forventninger og kunnskap om feltet, kan alltid påvirke det som blir observert. Disse antakelsene vil kunne påvirke alle deler av forskningsprosjektet, fra valg av tema og metode til vurdering av funn.

Coghlan og Brannick (2010) tar opp forskjellene på insider-researcher og outsider-researcher. De viser til fordeler med utenforstående som å stille kritiske spørsmål og pirke ved etablerte sannheter. Outsideren kan også oppfattes som mer ufarlig av deltakerne og slik få tilgang til andre data enn insider-researcher.

### **3.5.4 Etske dilemma - leder og forsker**

Coghlan og Brannick (2010) sier at det å forske på egen organisasjon alltid vil være politisk. Alle ledd fra diagnose via planleggingen til hvilke områder en fokuserer på, vil være politisk styrte fordi endring er målet. Videre vil en som forsker i egen organisasjon alltid ha minst to roller der det er stor sjanse for at forsker og deltakere, som også er leder og kollegaer, vil blande roller og oppleve forvirring rundt dette. Å være leder kan medføre at deltakere ikke åpner seg på samme måte som hvis du hadde vært kollega eller en utenforstående forsker. Coghlan og Brannick hevder også at en leder oftere vil velge lederrollen dersom de to rollene kommer i konflikt.

Det er åpenbart at en person med både leder- og forskerrolle får mye makt. Men dersom en kan få til så gode prosesser at deltakerne har et like stort eierforhold til resultatene som forskeren har, vil dette kunne hindre politiske konsekvenser for deltakerne (Coghlan og Brannick 2010). Rollen som leder og forsker krever derfor en balansegang mellom det å være en kritiker og sabotør for å røske i det etablerte, men samtidig være leder og strateg mot fremtidige mål. Å balansere mellom disse dilemmaene profiterer på kjennskap til deltakerne og organisasjonen. Coghlan og Brannick (2010) påpeker at det er fin balanse mellom det å handle på en politisk måte, og det å handle uetisk i slike endringsprosesser.

Som forsker blir det viktig å være oppmerksom på risikoen for at forskningen kan skade eller gagne en person eller en organisasjon. Videre innebærer det også å være våken i forhold til formidling av resultatene, at form, innhold og forum blir vurdert. Også betydningen av åpenhet og ærlighet omkring det som skal skje og hvilken hensikt prosessen har, er et etisk anliggende. Alle som blir aktører eller objekter for observasjoner og vurderinger skal få vite dette på forhånd.

Jeg har nå vist til etiske dilemma som leder og forsker, utfordringer i forhold til legalitet og legitimitet og nærhet til feltet. Jeg vil senere i analysen komme tilbake til om hvordan disse utfordringene har vært tilstede i mitt prosjekt

### 3.6 Kritikk

Jeg har vist til ulempene med å forske i eller på egen organisasjon. Tiller (1999) er skeptisk til det å avsette tid og ressurser til aksjonsforskning der tiden benyttes til refleksjon for å forbedre praksis. Han hevder at det kreves kompetanse og en lærende kultur for at praktikere skal kunne bli forskere. Dette er en kritikk som virker å rette seg mot det politiske plan ved at det er premissene som kritiseres og ikke selve forskningsmetodikken.

Levin og Klev (2004) oppsummerer kritikken av aksjonsforskning i fire punkt, der det første er at det kan bli mye refleksjon og lite aksjon. På den ene siden kan dette klart være en svakhet dersom en ikke sikrer kvaliteten på tiltakene før en går i gang med forskningen, på den andre siden vil aksjonsforskning ligge så nært opp til andre endringsprosesser at det kan være refleksjonene som gjør den vesensforskjellig og som fører til kunnskapsutvikling.

Det andre Levin og Klev trekker fram, er at aksjonsforskning har lav status i høyere utdanning sammenlignet med mer tradisjonelle metoder. Det kan tolkes som en konstatering av et synspunkt, ved at aksjonsforskning krever en annen innfallsvinkel enn andre tilnærminger, og kan gi svar på andre problemstillinger.

Det tredje punktet hevder at aksjonsforskning ikke aksepteres av de som sitter med makten. Dette kan være nært knyttet opp mot kunnskapssyn og synet på læring og endring. Med et enøyd fokus på det strukturelle og rasjonelle, kan fag som tallfester resultater, og viser til tabeller og statistikker, ha gode vilkår.

Det siste punktet kan sees på som en fortsettelse av de forrige ved at kritikken går på for lite deltagelse i forskningsdebatter. Når det gjelder helsetjenesten synes det som den tradisjonelt har vært preget av et medisinsk fokus som i stor grad baserer seg på naturvitenskapelige metoder. Sykepleietjenesten er en relativt ung tjeneste når det kommer til forskning og utvikling av teorier. Den har vel også vært famlende i forsøket på å finne sin plattform (Kirkevold 1992). Det kan virke som at aksjonsforskningens grunnlag og fokus på det relasjonelle og prosessuelle sammenfalles med mye av det nyere sykepleieforskning

konsentrerer seg om. Det at de kan være lite tilstede i forskningsdebatter, handler kanskje mer om hvem som er premissleverandører til disse debattene?

## 4. AF- prosessen – empiri og foreløpig analyse

---

### 4.1 Innledning

Empirikapitlet viser både prosessen og utviklingen jeg opplevde som student, forsker og leder, og samtidig gruppeprosessen med deltakernes refleksjoner. Det har vært utfordrende å strukturere dette kapitlet, fordi den aksjonsbaserte tilnæringsformen er ustrukturert og prosessuell i sin form.

Først kommer en utdyping om bakgrunnen og utgangspunktet for aksjonsforskningsperioden. De fire basiselementene i AF-arbeid; AF-spiralen (Fig. 5), fungerer som en struktur i framstillingen av AF-prosessen. Disse er diagnose, handling, planlegging og evaluering.

Jeg velger videre å presentere prosessen i tidsmessig kronologisk rekkefølge, illustrert ved en skjematisk tidslinje med viktige milepæler. Hver milepæl representerer en syklus i AF-prosessen med *erfaring, refleksjon, fortolkning og handling*. Først kommer innholdet i møtene, deretter en beskrivelse av refleksjoner og reaksjoner fra deltakerne, og til slutt mine refleksjoner.

### 4.2 Forberedelser og utgangspunkt

#### Diagnose

Jeg ønsker å utforske om det å jobbe sammen for deretter å gjennomføre fortløpende grupperefleksjoner i Hjemmesykepleien kan medføre kunnskapsutvikling. At to og to jobber sammen omtaler jeg også videre som tospann. Det å jobbe sammen i tospann i den daglige tjenesteutøvelsen, håper jeg kan føre til positive konsekvenser som kan endre praksis. Ved at personalet kan utveksle kunnskap både i praksis og i gruppesamlinger, kan dette føre til at tjenestene vil bli mer effektive både med tanke på kvalitet og bruk av personellressurser.

Et bakenforliggende emne er samhandlingskompetanse og Samhandlingsreformen. Gjennom våre forberedelser HPH-arbeidet, har vi fremhevet samhandlingskompetanse som et viktig fundament for helsetjenestene. Samhandlingskompetanse kan være et virkemiddel, eller en forutsetning for å få bedre tjenester, og et resultatmål. Effektmålet vil være bedre kvalitet på tjenestene. Jeg endte derfor på problemstillingen: **«Hvordan tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess som kan føre til økt samhandlingskompetanse og kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien?»**

Både jeg og medforskerne har kjennskap forskningsfeltet, Samhandlingsreformen og HPH. Sonebytte er også noe de fleste har erfaringer med fra før. Vi har en felles kultur og har forståelse for etiske rammer. Jeg kjenner dermed personalet som en åpen og tillitsfull gruppe som vil bidra positivt til forskningen.

### **Planlegging**

Jeg startet med en tidsmessig ramme for prosessen, og deltakerne ble valgt tilfeldig ut fra hvem som skulle på jobb de aktuelle tidspunktene for refleksjonssamtalene. Jeg forholdt meg til fasene i en aksjonsforskningsprosess og tenkte på innledende møter som «*planning action*». Videre ønsket jeg at deltakerne skulle loggføre egne refleksjoner underveis, i tillegg til mine egne refleksjoner. Gruppeintervju ble valgt både for å samle inn data, men i hovedsak som en del av selve endringsprosessen.

Gruppeintervju egner seg når vi ønsker synspunkter på erfaringer med noe spesifikt, når vi ønsker gruppesynspunkter og når vi ønsker å få vite om enighet eller uenighet i en gruppe (Jacobsen 2005). Jeg har vært ute etter den spesifikke erfaringen med å gå sammen på sonene samtidig og effekten av gruppeintervju kan være at det settes i gang tankeprosesser der den enkelte bearbeider sine erfaringer i løpet av intervjuet. Slik kan deltakerne i gruppen hjelpe hverandre til å forstå og fortolke noe som har skjedd (Jacobsen 2005).

I forhold til problemstillingen, er gruppeintervjuene vesentlige ved at det er her noe av selve forskningen «*in action*» foregår, og de får fram *hvorfor* mennesker har et spesielt synspunkt. Den enkelte må kanskje argumentere for synspunktene sine og vi kan dermed følge utviklingen i diskusjonene. Gruppeintervjuer kan også være svært effektive når det gjelder å utvikle og avklare den enkeltes erfaringer. Slik vil deltakerne gjennom samtale med andre i



samme situasjon få perspektiv på tingene, og utvikle mening i selve prosessen (Jacobsen 2005).

Det at gruppeintervju egner seg for å få fram relasjonene mellom individene, synes vesentlig for å kunne bidra til kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien ut ifra et prosessuelt kunnskapssyn. Likevel har jeg også ønsket å legge til rette for at den individuelle stemmen skal kunne høres. Jeg har valgt individuell loggføring både på bakgrunn av tidsmessige ressurser for masteroppgaven, men også for at den enkelte skal kunne reflektere i situasjonen, eller raskest mulig etter situasjonen. Loggføring kan også betraktes som en egnet tilnærming for å utvikle ferdigheter i refleksjon (Coghlan og Brannick 2010). Loggføring kan i følge Coghlan og Brannick være nyttig over tid for å systematisere erfaringer, gjennomføre selvevaluering og få avstand til vanskelige opplevelser. I denne oppgaven tillegges ikke loggene alle disse funksjonene. Jeg ønsker logger som et refleksjonsnotat fra praksis, der deltakerne svarer på konkrete refleksjonsspørsmål.

### **Handling**

Aksjonsforskningsperioden varte i fire uker. Dette var en periode med ekstra uro og utfordringer i forbindelse med sonebytte, og gav god anledning til å utforske problemstillingen. Tilgang på ressurser var avklart i forkant av prosjektperioden, som innleie av vikarer. Jeg har underveis i prosessen gjennomført samtaler, og gitt forklaringer og informasjon samtidig som jeg har forsøkt å være lyttende og spørrende. Det har vært tøft å skulle legge beslag på så mye ressurser for min master, men samtidig har jeg prøvd å skape forståelse for at det kan komme flere til gode.

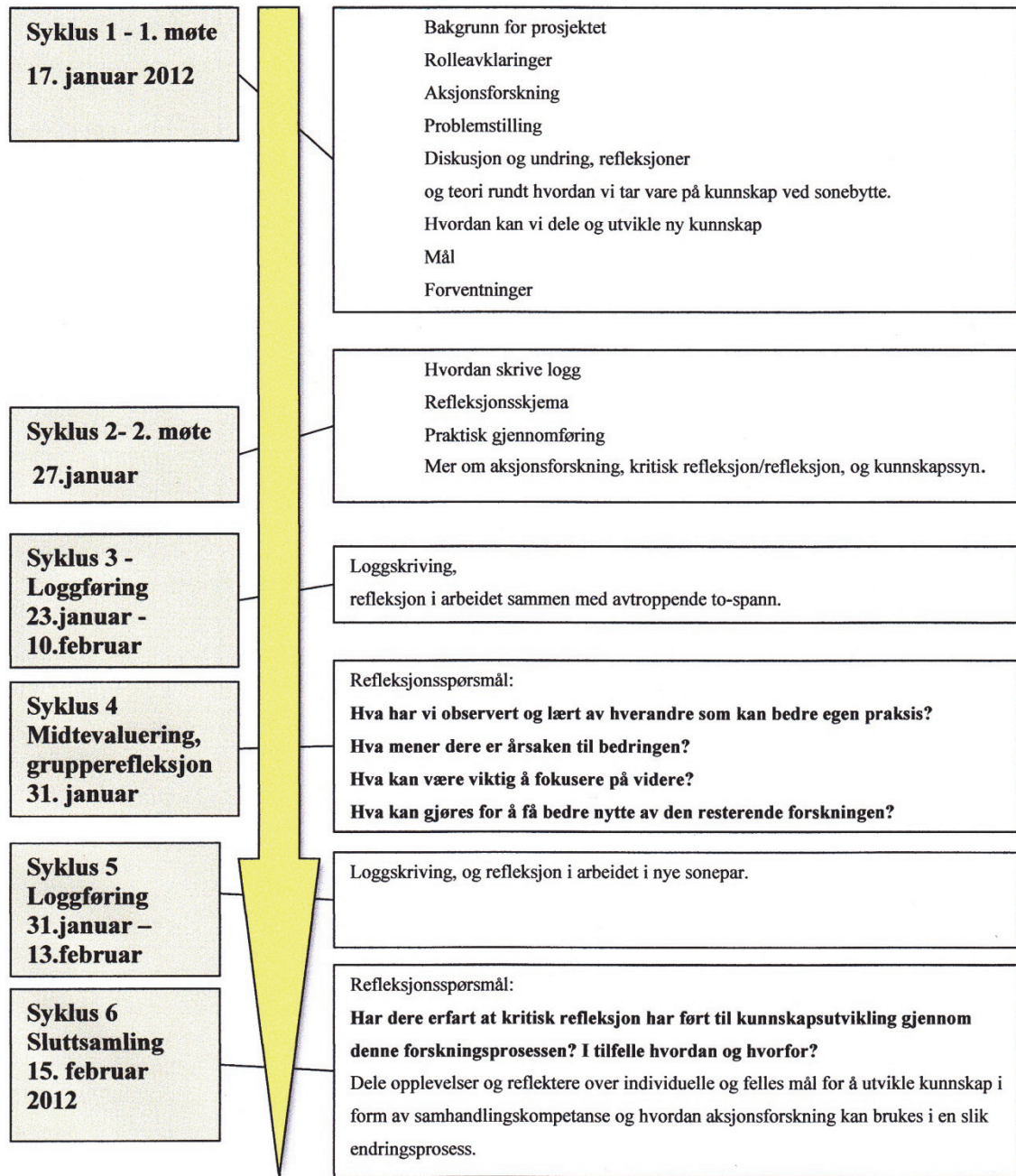
### **Evaluering**

Målet er at den aksjonsbaserte endringsprosessen, gjennom bruk av kritisk refleksjon, skal føre til kunnskapsutvikling. Kunnskapsutviklingen kan også være nettopp økt kompetanse om bruk av kritisk refleksjon, men også kunnskap om praksis som tidligere har vært vanskelig tilgjengelig eller skjult for arbeidstakeren.

Tidsaspektet for AF-prosessen medfører begrensninger for måloppnåelse ved at tidsrammene er såpass stramme i et masterprosjekt. Funnene vil bli tolket og lagt til grunn for mulige svar på problemstillingen.

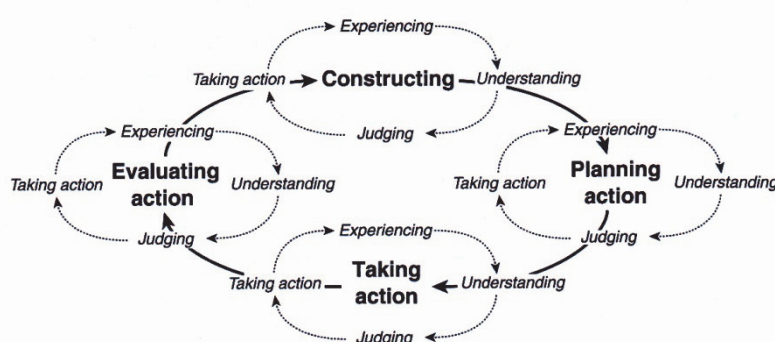
### 4.3 Tidslinje

Etter å ha diskutert AF- designet med potensielle deltakere og deltakerne, kom vi fram til en tidslinje som viser de ulike milepælene:



Figur 8 Tidslinje som viser aksjonsforskningsprosessen i Hjemmesykepleien.

En tidslinje eller plan over prosessen byr på utfordringer. Vel går tiden lineært, men en AF-prosess går i sykluser, som kan illustreres av Coghlan og Brannicks (2010:24) «erfaringsbaserte læringsirkel». Den tydeliggjør den prosessuelle tilnærmingen og beskriver de fire aksjonene i syklusen, som kan oversettes med erfaring, refleksjon, fortolkning og handling. Alle aksjonene må læres for å kunne oppnå endring og gjøres på hvert av trinnene til aksjonsforskningsspiralen, som igjen har fasene diagnose, planlegging, handling og evaluering.



Figur 9 Læringsssyklus.

Figuren illustrerer hvordan læring skjer *in action* ved at deltakerne erfarer hvordan det å engasjere seg i å formulere problemstillinger, eller sette en diagnose på utfordringene. Videre erfarer de hvordan det er å planlegge og gjennomføre handlingene, og til slutt evaluere og på ny sette en diagnose. Samtidig skal deltakerne forsøke å få innsikt og forståelse for hvordan de ulike aksjonene blir gjennomført ved å reflektere rundt aktuelle handlingsvalg, og deretter gjennomføre handlingene på bakgrunn av konklusjonene etter refleksjonene. Det denne figuren kanskje ikke viser, er spiralformen som tydeliggjør at prosessen ikke går i ring, men derimot hele tiden fører prosessen til et nytt ståsted. Figur nr. 5 s.34 kan bedre illustrere dette.

Jeg vil videre ta for meg hver milepæl i tidslinjen og bruke både aksjonsforskningsspiralen og de små læringsssyklusene på hvert trinn for å beskrive prosessen. Vi planla noe, gjorde noe og høstet noen erfaringer som førte oss til et nytt ståsted, som er «storspiralen». På hvert stadium forgår det refleksjoner, tolkinger som fører til nye handlinger og erfaringer, som da er «den lille læringsssyklusen». Jeg omtaler hver syklus videre i prosessen etter følgende struktur:

1. En beskrivelse av rammene rundt aktuell syklus
2. Deltakernes refleksjoner i logger og samtaler
3. Mine refleksjoner

## **4.4 Første samling – Syklus 1**

### **4.4.1 Rammene**

De ti deltakerne fikk først en innføring i hva forskningsarbeidet skulle dreie seg om. Jeg la vekt på at jeg ønsket positive effekter både for den enkelte deltaker og for arbeidsplassen som helhet. I dette møtet fikk vi en uformell diskusjon og drøfting, som jeg tror oppklarte spørsmål og la grunnlaget for en prosessuell og dialogbasert tilnærming. Vi drøftet ulike forventninger til forskningen, der jeg ønsket at deltagerne kjente en motivasjon for å reflektere kritisk ute i felten og i grupper, og at de ville bidra til framdrift og evalueringer underveis ved å engasjere og involvere seg. Det ble også vektlagt at humor og raushet var noe vi ønsket skulle prege prosessen, og at vi skulle tørre å utfordre hverandre for å få en lærerik prosess.

I vedlegg 1 viser jeg til en del teorier som representerer teorigrunnlaget for oppgaven. Dette vedlegget anbefalte jeg deltakerne å lese i løpet av tiden fram mot neste samling. Jeg var åpen på at problemstillingen kunne bli endret underveis.

Vi tok opp nødvendigheten av å ha en psykologisk kontrakt for forskningsprosessen. Denne kunne være som et referat fra første møte der alle godkjenner innholdet ved å bli enige om «spilleregler». Disse reglene kunne også evalueres på gruppesamlingen midtveis for å justere reglene om nødvendig. Her kunne deltakerne også presisere taushetsplikt og lojalitet til hverandre i prosessen.

#### 4.4.2 Deltakernes refleksjoner

Jeg vil her kort gå gjennom deltakernes refleksjoner som kom til uttrykk i løpet av den første samlingen, basert på mine notater underveis og etterpå.

Flere deltakere stiller spørsmål om prosessen, hvilke frister som gjelder, og hva som forventes av dem i loggskrivningen. Noen kommer med innspill i gjennomgangen av teori og gir tilbakemeldinger på at de kjenner seg igjen i at det de gjør i praksis ofte vanskelig lar seg forklare via rapporter, og ikke minst så de fram til å arbeide sammen, fordi dette var noe de ikke hadde gjort siden de var studenter eller på opplæring.

Flere deltakere gir konkret tilbakemelding på at de ser nytten i å forbedre overgangen i forbindelse med sonebytte, ved at sonebytte vanligvis var en periode hvor de stresset for å skrive ned mest mulig til de som skulle overta sona. Et eksempel på et slikt utsagn er: *«Det er vanskelig å få med seg alt, det er så mye som er viktig, men det er ikke alltid vi skjønner hva som bør skrives ned.»* Problemstillingen, med fokus på samhandlingskompetanse, var noe de kjente seg igjen i, uten at noen eksplisitt gav uttrykk for at de manglet denne kompetansen. En av deltakerne sa at etter innføringen av HPH hadde hun kjent på at ansvaret på Hjemmesykepleien hadde økt; *«Nå er det Hjemmesykepleien som har ansvaret for pasientene og de andre bidrar bare innimellom, mens før var det Hjemmesykepleien som gjorde det de andre sa vi skulle gjøre.»*

En skriftlig kontakt ble av deltakerne oppfattet som unødvendig da de ikke kunne se at dette ville bli noe annerledes enn den daglige omgangen med pasientene og medarbeidere der vi også er avhengige av taushetsplikt og respekt for hverandre.

#### 4.4.3 Mine refleksjoner

Det var veldig inspirerende for meg å høre deltakerne reflektere rundt teoriene jeg presenterte. Jeg fikk tilbakemeldinger på at flere synes dette var nyttig, ved at det satte selve målet med prosessen; kunnskapsutvikling, i en ramme. Intensjonen med å drøfte begrepet «samhandlingskompetanse», var å gi sonebytte et utvidet innhold fra å være overlevering av

skriftlige og praktiske opplysninger, til å bli en mulighet for læring og en arena for samhandling.

Hvorvidt vi behøvde en skriftlig kontrakt eller en psykologisk kontrakt gikk jeg bort i fra etter å ha drøftet det i gruppen. Jeg presiserte at anonymisering i masteroppgaven ville bli ivaretatt, og dersom noe kunne virke ufordelaktig, ville jeg ta det opp med den enkelte før jeg kunne publisere det.

Avslutningsvis refererte jeg innholdet i vedlegget og presiserte at det var mulig å trekke seg. Ingen hadde behov for det. Fikk en følelse av at de satte pris på å få delta og at de var spent på resultatet. Vi avtalte milepæler og datoer for gjennomføringen og avtalte å møtes for oppstartmøte innen kort tid.

Valg av deltakere gav meg imidlertid en overraskelse. Jeg støtte på en uventet reaksjon ved at en ikke ønsket å være med i forskningsprosessen. Det skal sies at alle de andre svarte ja ganske umiddelbart når jeg spurte om de ville delta i dette prosjektet. Forespørselen ble innledet med at deltagelsen var helt frivillig, og at dette var noe jeg gjorde i forbindelse med studiene. Jeg viste videre til at det var avklart med min leder at jeg kunne bruke tid og ressurser på dette. Det ble også presisert at alle opplysninger skulle anonymiseres og at det ikke ville kreve mye ekstraarbeid for den enkelte. Jeg la også vekt på at prosessen trolig ville bli lærerik for den enkelte og nyttig for Hjemmesykepleien.

Vedkommende som sa nei, sa at slik forskning ville hun ikke være med på og at det ble så mye å forholde seg til. Jeg opplevde henne som opprørt og i forsvar ved å bli spurt om dette. Ved å benytte AF-spiralen og den lille AF-læringssyklusen kan jeg her kort utdype mine refleksjoner rundt denne hendelsen. I den store AF-spiralen var jeg i en planleggingsfase, og den lille AF-læringscyklusen kan vise at jeg i utgangspunktet tolket situasjonen feil, jeg burde egentlig ha visst at hos vedkommende skulle jeg ha gått frem roligere og skjønt at hun ikke ville være entusiastisk for nye ting. Det kom veldig skeivt ut og jeg brukte tid på å berolige og avdramatisere og forsikre om at det var greit at hun så det på denne måten. Etterpå tenkte jeg at dette kunne jeg ha gjort annerledes, men likevel var det ikke verdt å gjennomføre en ny forespørsel ovenfor henne.

Det interessante er at beskrivelsen av det positive resultatet og opplevelsene til deltakerne er avhengig av både motivasjon og egenskaper hos den enkelte. Derfor blir det viktig i diskusjonen om hvordan en aksjonsbasert endringsprosess kan tilrettelegges i Hjemmesykepleien, at en ikke glemmer de individuelle forskjellene. Å generalisere funn vil kanskje derfor være problematisk med tanke på hvem dette egner seg for. Definisjonen på aksjonsforskning er at det skal skje i «en ånd av samarbeid». I mitt prosjekt fant jeg åndsfrønder, men i hverdagen kan slike endringsprosesser støte på større utfordringer ved at forståelsen for problemene vil være ulike.

## **4.5 Andre samling – Syklus 2**

### **4.5.1 Rammene**

Den andre samlingen var en forlengelse av den første. Deltakerne skulle få en videre innføring i aksjonsforskning. Jeg vektla refleksjon i dette arbeidet, både ved at vi reflekterte rundt situasjonen og utfordringsbildet i Hjemmesykepleien når det gjelder tjenestetilbudet, og snakket samtidig om refleksjon som grunnlag for kunnskapsutvikling.

Vi gjennomgikk refleksjonsspørsmålene som utgangspunkt for praksis og logger:

- Hva har vi observert og lært av hverandre som kan bedre egen praksis?
- Hva mener dere er årsaken til bedringen?
- Hva kan være viktig å fokusere på videre?
- Hva kan gjøres for å få bedre nytte av den resterende forskningen?

For å eksemplifisere metarefleksjon benyttet jeg disse spørsmålene, som jeg mente kunne gi deltakerne en hjelp til å forstå denne dimensjonen:

- Hva er sannsynlig å oppnå? Hvorfor?
- Hva ønsker vi å oppnå? Hvorfor?
- Hvordan skal vi oppnå dette? Hvorfor?

## 4.5.2 Deltakernes refleksjoner

Også i denne samlingen noterte jeg tilbakemeldinger underveis og i etterkant. Jeg gjengir litt av deltakernes refleksjoner her.

Flere av deltakerne hadde kommentarer og spørsmål rundt det jeg gikk igjennom av teorigrunnlag på den første samlingen. Noen spurte konkret om aksjonsforskningen og hvilke resultater jeg forventet å få. Eksempel på dette er: «*Hva hvis du ikke finner ut noe nytt? Skal du levere oppgaven til ledelsen? Hvem er det som har sagt at du skal se på sonebytte? Blir det slik neste år også, at vi får gå to og to dersom dette blir bra?*»

Enkelte uttrykte bekymring for at de kanskje ikke greide å reflektere kritisk. De ville ikke love at de skriftlige tilbakemeldingene i loggene ble slik jeg ønsket. Videre ble det også uttrykt bekymring for at de kanskje ikke ville greie å observere noe nytt dersom de kjente pasientene fra før. Et eksempel på dette er: «*Det er ikke sikkert at jeg lærer så mye der jeg har vært på sona før. Jeg synes det er vanskelig å skrive, det er lettere å snakke, så jeg kommer ikke til å skrive så veldig mye.*»

## 4.5.3 Mine refleksjoner

På dette stadiet hadde problemstillingen fokus på kritisk refleksjon og hvordan dette kunne føre til kunnskapsutvikling i hjemmesykepleien. Jeg kom fram til at dette ikke beskrev intensjonen med endringsprosessen jeg ønsket å tilrettelegge. Kritisk refleksjon så jeg var en framgangsmåte for å skape kunnskapsutvikling både i forhold til en sosial, prosessuell og emosjonell forståelsesramme av kunnskap. Det er viktig med refleksjon, men ikke hovedintensjonen med prosessen. Jeg ønsket økt samhandlingskompetanse ved å bruke blant annet refleksjon for å fremme kunnskapsutvikling. Jeg forsøkte å få fram at ved å benytte aksjonsforskning som tilnærming, ville dette bli en felles utfordring i å dra forskningen fremover.

Vi snakket om refleksjonsspørsmålene knyttet til aksjonsforskningen, men også relatert til den daglige praksisen. Vi reflekterte rundt at ved å stille spørsmålet om «*hvorfor*» til slutt, ville dette kunne lede til en metarefleksjon. Tror de fleste oppfattet dette, og noen relaterte det til



når vi tidligere hadde snakket om makt og diskursbegrepet. Refleksjonsspørsmålene traff nok ikke alle like godt. Fra å snakke om refleksjon til å diskutere metarefleksjon, gav utfordringer. Noen skjønnte sammenhengen, men det er vanskelig å si om alle så hvordan dette skulle kobles til den oppgaven de nå skulle gjøre ute i praksis.

Det at de to innledende møtene var atskilt med en tidsperiode tror jeg var positivt for prosessen. Jeg opplevde at deltakerne hadde tenkt og reflektert rundt blant annet formålet med aksjonsforskningen og deres egen rolle. Det kom også fram at enkelte sa ja til å delta fordi de ville være «snille» med meg, og at de tenkte at såpass måtte de bidra når jeg tok en master. *«Det er Margrethe sitt prosjekt, noe hun skal ha, og greit, vi kan være med på det, hjelpe Margrethe.»* Denne holdningen ble tilsynelatende ganske raskt snudd på hodet. De samme deltakerne gav uttrykk for at det ikke var noe som først og fremst kom meg til gode, men at de selv opplevde læring og utvikling. De så nytten for arbeidet og tjenestetilbudet som ble bedre ved at vi kvalitetssikret overgangen til nye soner samtidig som vi hadde fokus på kritisk refleksjon. Disse utsagnene kan illustrere dette: *«Har jobbet her i 35 år, og plutselig finner jeg ut hvorfor..., hvorfor gjør jeg sånn. Jeg ser mønstret jeg har gått etter alle de årene. Jeg satt og bladde i denne brosjyren (vedlegg 1) og det gikk opp for meg hvorfor vi holder på med dette, det hjelper deg, men det hjelper oss mye mer!»*

## **4.6 Loggføring – Syklus 3**

### **4.6.1 Rammene**

Parallelt med møtene og grupprefleksjonene har deltakerne ført logg. Disse har jeg benyttet for å ha et bredere datagrunnlag i forhold til problemstillingen. Fram til midtevalueringen var innholdet i loggene erfaringer og refleksjoner rundt det å gå sammen med avtroppende sonearbeidere. Refleksjonsspørsmålene var gjennomgått på de første samlingene, og de var også delt ut i vedlegg 1. Deltakerne sto likevel fritt til å skrive det de ønsket i loggene.

For å presentere innholdet i loggene, har jeg kategorisert innholdet etter tre områder som jeg mener oppsummerer intensjonen i refleksjonsspørsmålene:

1. Beskrivelse av egen læring etter observasjoner i praksis
2. Kritisk refleksjon rundt egne handlingsvalg
3. Nytenking og refleksjon på metanivå

#### 4.6.2 Deltakernes refleksjoner

Refleksjonene baserer seg på deltakernes logger, som de har levert skriftlig til meg.

##### 1. Beskrivelse av egen læring etter observasjoner i praksis

Flere beskriver pasientsituasjoner der de vurderer annen type hjelp, andre hjelpemiddel, behov for utbedring av bolig. For eksempel i en dusjsituasjon: «.. *han satt utenfor badekaret på en stol med beina på et gulv uten varmekabler. Jeg lurte på om de hadde prøvd med dusjsete oppe i badekaret... pasienten sa han ønsket å prøve dette.*» Det blir også beskrevet situasjoner der de mener den andre helsearbeideren gjør en god jobb og begrunner dette, samtidig som det er beskrivelser av hva de mener kunne vært gjort bedre i andre sammenhenger. Eksempel på dette er: « *Hun hadde en behagelig måte å være på ovenfor pasientene, men kunne vært dyktigere på å informere om hva som hele tiden skal skje, for eksempel i et morgenstell.*»

Mange forteller om andre inntrykk enn det som en vanlig arbeidsdag gir. I forhold til egen læring sier en om informasjon rundt pasienten: « *Dette er ting som jeg ikke kunne ha lest meg til i en journal, og som ved en rapport på kontoret kanskje ikke har blitt lagt vekt på å informere om.*» Målet om å øke samhandlingskompetansen kan vurderes etter følgende utsagn: «*Sykepleieren gjør og sier ting i hjemmet som du aldri kan få overført gjennom en muntlig rapport*»

##### 2. Kritisk refleksjon rundt egne handlingsvalg

Et gjennomgående trekk er at flere reflekterer rundt tidsbruken i tjenesten, og hvordan det blir prioritert mellom forskjellige oppdrag. En reflekterer rundt at pasienter i utkantene får hjelp til morgenstell senere enn de som bor mer sentralt. «*Hvordan kan det bli en forandring på dette?*», skriver hun.

Videre om både kritisk refleksjon rundt egne handlingsvalg og egen læring etter observasjoner i praksis skriver en deltaker dette: *«Når jeg observerer, ser jeg betydningen av vår egen framtoning og ikke minst betydningen av vår kommunikasjon. Ser hvor viktig det er at brukeren føler seg i sentrum, at vi tar oss tid, i hvert fall gir inntrykk av at vi har god tid. Ved å observere andre, tenker man på hvordan man selv fremstår, og hvordan vi ønsker å framstå».*

### **3. Nytenking og refleksjon på metanivå**

For å illustrere nytenking og refleksjon på metanivå bruker jeg loggen til en deltaker som har beskrevet pasientsituasjoner for å synliggjøre andre mulige handlingsvalg. Hun beskriver blant annet en pasientsituasjon der soneleder har fulgt pasienten til lege for å få bukt med en infeksjon med antibiotikabehandling. Legen har i dette tilfellet byttet medisintype to ganger uten at infeksjonen ser ut til å blitt dempet. I loggen står det; *«...av erfaring hadde det vel vært mer effektivt med intravenøs antibiotikabehandling, kanskje innleggelse på OBS-posten ved sykehjemmet, der vi med kompetanse fra Hjemmesykepleien hadde hatt ansvaret for å følge opp pasienten på denne avdelingen.»* Hele loggen til vedkommende har beskrivelser av pasientsituasjoner der hun trekker fram samhandling og kompetanse. Hun avslutter med å skrive: *«Jeg har valgt å bruke aktuelle eksempel på observasjoner/situasjoner jeg fikk oppleve. Dette for å få frem hvor viktig det er med kunnskapsoverføring.»*

### **4.6.3 Mine refleksjoner**

Her viser jeg til mine refleksjoner rundt deltakernes logger, der jeg viderefører inndelingen som vist over.

#### **1. Beskrivelse av egen læring etter observasjoner i praksis**

Om det var poengtert i innledende møter at pasientsituasjoner ikke var det mest relevante å loggføre, så er dette likevel hovedvekten av tilbakemeldingene. De aller fleste beskrivelser inneholder refleksjoner rundt valg av handlinger, men det er likevel logger som fremstår som rene rapporter om utførte pleieoppgaver. Dette viser enten ulik grad av refleksjonsevne, eller kanskje viser det at intensjonen med loggføringen ikke nådde frem til alle.

Der pasientsituasjonene følges av refleksjoner rundt handlingsvalg og tjenestetilbud, opplever jeg at fokuset er på kvaliteten på hjelpen som gis og hvordan vi kan bidra til å øke pasientens mestringsevne. Loggene fremstår da som små viktige vitnesbyrd fra svært forskjellige skjebner rundt om i kommunen.

For de som ikke benytter pasientsituasjoner som bakgrunn for refleksjonene, beskriver loggene det å gå sammen med en kollega og hvordan de diskuterte og utvekslet erfaringer på kontoret og i bilene. De gir uttrykk for spennende og lærerike dager. Dette oppfatter jeg som tilbakemeldinger på at det å få tid og anledning til å snakke sammen nært opp til pasientsituasjonene, gjør kunnskapsdelingen bedre. Samtidig gir mange konkret uttrykk for at det er det som ikke kan forklares, det de ser og føler som er den virkelige læringen. Mellom linjene leser jeg at opplevelsene gjennom å være to gir utbytte utover rent praktisk å få se hvordan jobben blir utført.

Jeg tenker også at den relative åpne bestillingen i forhold til loggene, har gjort at det er deres egen stemme jeg hører. Loggene er så ulike, men likevel opplever jeg at ved å kjenne deltakerne, kan jeg bedre tolke og forstå de forskjellige beskrivelsene. Små ord og formuleringer som viser at de har lært, at de ønsker å lære og at de er trygge på at loggene skal bli en del av en større sammenheng.

## **2. Kritisk refleksjon rundt egne handlingsvalg**

I loggene mangler tilsynelatende kritisk refleksjon rundt egne handlingsvalg helt hos noen, hos andre er dette gjennomgående. Jeg tenker at ulikt kompetansenivå gir ulik tilnærming til oppdraget i felten.

## **3. Nytenking og refleksjon på metanivå**

Dette var kanskje ikke det jeg etterspurte mest i innledende samtaler, men noen hadde reflektert rundt at det hadde vært lettere med kritisk refleksjon hvis de hadde kunnet observere pleiere i omsorgssituasjoner ovenfor kjente pasienter. Det kan være at det hadde blitt tydeligere hva som hadde vært avvikende fra deres egen praksis, men jeg tenker rommet for kritisk refleksjon har vært der hele tiden.

## **4.7 Midtevaluering – grupperefleksjon – Syklus 4**

### **4.7.1 Rammene**

Midtveis i aksjonsprosessen gjennomførte jeg et gruppeintervju eller en felles refleksjon, der vi evaluerte prosessen og justerte kursen. I følge AF-syklusen er vi her på evaluering av handlingene, for så å sette en ny diagnose for å kunne planlegge handling, utføre handlingene og evaluere igjen, noe som også skal gjøres på sluttsamlingen. Vi gjentok refleksjonsspørsmålene fra andre samling.

Alle fikk si noe om erfaringene sine så langt. Jeg startet bevisst med en som satt nærmest meg, fordi hun var entusiastisk og begynte allerede før alle var kommet med å dele positive opplevelser fra praksisfeltet.

Når alle hadde fått lagt fram sine erfaringer i gruppa, brukte jeg tid på å gå igjennom aksjonsforskningsspiralen og refleksjonsspørsmålene til neste gang.

### **4.7.2 Deltakernes refleksjoner**

Hele gruppeintervjuet ble tatt opp lydbånd og deretter transkribert, eller nedskrevet. Deltakernes refleksjoner er derfor delvis min oppsummering av samtalen og delvis sitater slik de høres på lydopptaket.

Den første som tar ordet sier at etter å ha jobbet i Hjemmesykepleien «et halvt liv» har hun trodd at hun har gjort arbeidet sitt riktig, men ser nå at det er utrolig mye hun kan forandre på. Hun forteller at ved å stille seg spørsmålet «Hvorfor gjør jeg sånn, og hvorfor gjør hun det?», har hun funnet andre vinklinger og løsninger enn utgangspunktet. Hun viser til det å ha en kritisk holdning til oppgavene vi utfører kan hjelpe oss i å avgrense oppgavene vi tar på oss. Hun sier at hun gleder seg til videre arbeid. Vi snakker om vedlegget der jeg har presentert et teoretisk bakteppe for AF-prosessen og jeg spør om hun forsto det som sto. Hun sier: «*Ja, det tok litt tid å forstå det, jeg måtte lese det og legge det ned på mitt nivå og liksom tenke på mitt plan, og da ble det litt enklere å forstå det. Den aksjonsbaserte tilnærmingen, utforskningen og kunnskap, formidling og produksjon, hva det betyr! .... Slike ting som en ikke tenker over.*»

Vi fortsetter møtet med å snakke om hvordan opplevelsene i praksis har vært. En sier at *«Jeg føler at vi glir veldig godt over i en ny sone på en måte, det var lærerikt og fikk bevisstgjort kunnskap ved å arbeide sammen med nye kollegaer.»* En annen sier om det hun har fått vite av den som skulle slutte på sona: *«.for en kan ikke lese seg til de tingene hun fortalte, det står ingen steder, det er slik som er litt i mellom.»*

Flere diskuterer hvorvidt de har lyktes med kritisk refleksjon ute i praksisfeltet. Noen forteller at det var rart bare å observere og ikke skulle bidra med så mye selv. Opplevelsen beskrives likevel som veldig lærerik og noen gjorde seg opp tanker over hvordan en selv framstår når de besøker pasienten. Diskusjonene og refleksjonene ble ofte gjennomført i bilene, og her ble også rapportene om det som skulle skje grundigere enn i ordinære vaktrapporter. Som en sier: *«Skulle hatt en og annen dagen der vi var to.»* Flere bekrefter dette. *«Så får en liksom litt kritisk blick når en er med slik, det er lærerikt, man lærer av hverandre og ser ting som kan gjøres annerledes.»*

I forhold til at de nå skal gå sammen i soneparene som skal gjelde for det kommende året, sier en at hun gleder seg til å gå sammen for å få mer innsyn. Hun har savnet det siden hun startet i Hjemmesykepleien for over 30 år siden: *”Jeg har aldri følt at jeg har visst nok.»* Noen svarer: *”Dette er jo på tur inn nå med HPH, at vi får kartlagt alt.”* En svarer: *” Ja det som skrives der gir et helt annet inntrykk, veldig bra og på tide.”*

### **4.7.3 Mine refleksjoner**

Jeg vil reflektere rundt det som kom fram i midtevalueringen, og tar også her utgangspunkt i lydopptak og det transkriberte materialet.

Forventningene mine var at deltakerne nå skulle bruke det vi hadde vært gjennom så langt og at dette skulle gjenspeile seg i loggene og sluttevalueringen. Deltakerne snakker med entusiasme, og en erfaren hjelpepleier viser at hun har plukket opp tankene i kunnskapsteoriene og aksjonsforskningen. Blant annet sa hun: *«Jeg synes det er så interessant dette med å analysere makt! Les dere også!»*. Her forsøker jeg å plukke opp tråden og sier litt om maktbegrepet for å kunne diskutere pasientsituasjoner og mer generelt om hvordan

eldreomsorgen framstilles i dag. Jeg opplever at deltakerne lytter, og vi får en diskusjon rundt omdømmet til tjenesten. Vi snakker om hvordan vi omtaler arbeidet vi utfører og hvilken betydning det har for rekruttering og ressurstilgang, noe jeg opplever som viktig for kvaliteten på tjenesten. Jeg forsøkte også ved en anledning å styre diskusjonen over på hvordan HPH henger sammen med faglig skjønn og daglige prioriteringer, men opplevde ikke at deltakerne gav respons på mine undringer denne gangen.

Deltakerne virker fokuserte på at de snart skal gå sammen ute i praksis, og er opptatt av hvordan de skal finne gode løsninger sammen. Vedkommende som sier hun kanskje var litt dårlig på å observere, at hun kanskje deltok for mye, har også i loggene kun levert beskrivelse av oppdraget som var utført. Jeg forventet kanskje at etter denne grupperefleksjonen at resultatet ble annerledes, og at refleksjonene ble mer tydelig, men det skjedde ingen endring.

Et viktig poeng er at det å reflektere alene blir sett på som lite effektivt. Det kan komme av at deltakerne til daglig har relativt mye alenetid, og at det å få reflektere i grupper eller tospann gir en opplevelse av større kunnskapsutvikling.

Alle hadde nå vært gjennom innledende runder og sa de var motiverte til å jobbe for en god start på sonearbeidet. Det var denne muligheten de fleste mente var en viktig forbedring i tilretteleggingen rundt pasienten. Likevel var også kunnskapsoverføringen fra tidligere pleier på sonen vurdert som verdifull.

## **4.8 Loggføring – Syklus 5**

### **4.8.1 Rammene**

I denne perioden var det loggføring av refleksjoner i praksis. Soneparene som skulle være sammen det kommende året, skulle få jobbe i tospann.

For å presentere innholdet i loggene, bruker jeg de samme kategoriseringene som over.

## 4.8.2 Deltakernes refleksjoner

Jeg tar her utgangspunkt i loggene som ble levert skriftlig og individuelt.

### 1. Beskrivelse av egen læring etter observasjoner i praksis.

Under følger noen sitater som kan vise at observasjoner i praksis har ført til egen læring: *«Synes det er greit i forhold til samarbeidet vårt at vi går en dag sammen. Slik vet vi at vi arbeider mot samme mål, og har lik tilnærming til pasienten og hans/hennes situasjon.»*

*«Vi samarbeidet godt og fordelte arbeidsoppgaver automatisk når vi kom inn til brukeren. Tok det på sparket. Begge var motiverte for denne dagen og syntes det var positivt for videre samarbeid.»*

Flere poengterer at dette har vært positivt for videre samarbeid, at de nå føler seg tryggere på det som kommer, og at dette har ført til større åpenhet. En sier at *«Vi utveksler hverandres erfaring og kunnskap, observerer og lærer av hverandre. Fin måte å bedre egen praksis. Bevisstgjøring med hensyn til yrkesutøvelse og holdninger.»*

*«Det å få gå sammen på den nye sona har vært en positiv opplevelse. På den måten har jeg fått en nærmere tilhørighet til sona på kort tid, og en oversikt over sykdomsbildet til hver enkelt bruker.»*

### 2. Kritisk refleksjon rundt egne handlingsvalg

Noen skriver at de nå fikk diskutere det de opplevde i forrige runde der de gikk sammen med de som var på sona tidligere. De vurderte i fellesskap hjelpetilbudet, som dette førte til endret tilbud og andre måter å yte hjelp på. Et eksempel på dette: *«Vi fikk begge observere og snakkes underveis, og vi fant nye løsninger.»*

### 3. Nytenking og refleksjon på metanivå

Dette sitatet kan kanskje være et eksempel på nytenkning og refleksjon på metanivå ved at målet med endringsprosessen er oppfattet:



*«Jeg føler et felles ansvar for at dette skal gå bra og en ny giv etter å klare dette. Jeg er blitt mer nysgjerrig på hver bruker og hva vi kan bidra med slik at de får en bedre hverdag, og kan bo hjemme lengre med bedre livskvalitet.»*

### **4.8.3 Mine refleksjoner**

Jeg viser her til mine refleksjoner rundt deltakernes logger.

#### **1. Beskrivelse av egen læring etter observasjoner i praksis**

Noen hadde gjennomgående pasientbeskrivelser som ikke gav materiale for å belyse problemstillingen, annet at det bekrefter utfordringen med å nå fram med informasjon og kunnskapsoverføring.

Kun positive tilbakemeldinger fra denne runden. Tilbakemeldingene er gjennomgående på at samarbeidet mellom de to som skal være sonepartnere har stor gevinst av å se hverandre i arbeid.

#### **2. Kritisk refleksjon rundt egne handlingsvalg**

Det går ikke eksplisitt fram av loggene at deltakernes egne handlinger har blitt gjenstand for kritisk refleksjon. Derimot ser jeg en bevisst holdning til praksis der begrunnelsen for handlingsvalg blir gjort rede for, noe som viser en kritisk holdning til praksis.

#### **3. Nytenking og refleksjon på metanivå**

Opplevelsen av at denne arbeidsformen er nyttig for det videre samarbeidet går tydelig fram av loggene. Jeg tenker at mer tid, mer øving i kritisk refleksjon, og enda tydeligere refleksjonsspørsmål, ville ha ført denne endringsprosessen med større kraft mot målet om økt kunnskapsdeling og styrket samhandlingskompetanse.

## **4.9 Sluttevaluering - grupperefleksjon – Syklus 6**

### **4.9.1 Rammene**

Sluttsamlingen ble gjennomført som en grupperefleksjon, og jeg delte ut følgende spørsmål:

- Har dere erfart at kritisk refleksjon har ført til kunnskapsutvikling gjennom denne forskningsprosessen? I tilfelle hvordan og hvorfor?
- Oppnådde vi det vi ønsket?
- Hva oppnådde vi?
- Er vi fornøyd med resultatet, eller hvorfor oppnådde vi det ikke?
- Hva har vi lært? Fører dette til annerledes handling i lignende situasjoner framover?

Alle fikk anledning til å svare på disse spørsmålene, eller reflektere fritt rundt opplevelsene sine i siste runde. Alle hadde nå arbeidet sammen med den de skulle dele sone med det påfølgende året.

Videre lot jeg alle få fortelle de lærte noe om seg selv, for til slutt å la hver enkelt si hvordan de opplevde sonepartnern sin. Jeg var også klar på at jeg i denne siste refleksjonssamtalen ville avbryte med oppfølgingsspørsmål, i motsetning til midtevalueringen der alle fikk snakke uavbrutt hver sin gang.

### **4.9.2 Deltakernes refleksjoner**

Disse refleksjonene baserer seg på lydopptak og transkribering av sluttsamlingen.

Et gjennomgående syn ble uttrykt slik: «*Alle skulle fått vært med på dette og det skulle vært obligatorisk hvert år ved soneskifte.*» De sa at ved å gå sammen, satt de igjen med et bilde av hvordan den andre gjorde det, slik at de senere kunne måle sine egne handlinger opp mot dette. De sa også at de fikk også dannet seg et bilde på hvordan pasienten var blitt behandlet tidligere og visste dermed hva han var vant med.

Enkelte gav uttrykk for at de så på dette som opplæring på lik linje med den opplæringen vikarer får. At de fikk se i praksis hvordan ting ble utført og at det er mye bedre enn å få informasjonen i et møte.

Flere bemerket at å gi tilbakemeldinger til kollegaer var noe de ikke var vant med. Likevel var responsen positiv.

### **4.9.3 Mine refleksjoner**

Jeg vil her reflektere rundt de tilbakemeldingene og refleksjonene som kom fram under sluttsamlingen. Jeg bruker transkriberingen av lydopptaket som datamateriale.

Jeg tror alle opplevde denne runden som udelt positiv. Jeg observerer at deltakerne er glad for å gå sammen med ny sonepartner. Noen har ment at dette skulle de ha gjort også i den første runden, men der er jeg usikker på om utbyttet av sisterunden ville ha blitt like god. De ville ikke erfart å være observatør, og hadde heller ikke delt kunnskap med de som hadde vært på sona tidligere.

På den ene siden var det vanskelig å få deltakerne til å peke på konkrete episoder eller opplevelser der de hadde sett og lært noe som de ikke visste fra før, men på den andre siden var de samstemte om at det er mye bedre å se i praksis det de skal gjøre enn å få det fortalt i et møte.

Det var en utfordring å få deltakerne til å reflektere kritisk ved å stille spørsmålstegn omkring egen praksis. Likevel synes jeg at ved å sette av litt god tid til disse refleksjonsmøtene, så fikk alle komme til orde, og det virket som alle fikk nok tid til å forklare det de hadde erfart. Om det hadde blitt annerledes i en individuell samtale er jeg ikke så sikker på, jeg tror de positive bekreftelsene fra de andre i gruppen stimulerte til nye refleksjoner.

At jeg valgte å avslutte med at alle skulle si noe positivt om sonepartneren sin var egentlig ikke planlagt. Jeg opplevde å ikke komme noe særlig videre i forhold til metarefleksjoner ved at deltakerne var opptatt av å reflektere rundt den praktiske gjennomføringen av prosessen. De de viktigste erfaringene med å arbeide sammen var etter mitt syn også godt belyst. Å rose hverandre, skulle likevel føre til interessante refleksjoner. Flere hadde sett at væremåte, og det

å føle på situasjonen, og tilpasse seg etter pasientens behov, var egenskaper som var viktige i pasientbehandlingen.

#### **4.10 Foreløpig analyse**

Avslutningsvis i dette kapitlet vil jeg forsøke å samle helhetsinntrykket av syklusene og gi en oppsummering av aksjonsforskningsperioden.

Vi startet med en felles gjennomgang av ulike teorier og hensikten med aksjonsforskningsperioden. Deltakerne var motiverte og engasjerte og gav uttrykk for at de opplevde arbeidet som relevant for egen praksis. De skulle prøve en annen overlapping i forbindelse med sonebytte enn det som hadde vært tidligere praksis. Kritisk refleksjon i forbindelse med at de skulle jobbe i tospann skulle bidra til kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling og gjennom det styrke samhandlingskompetansen i Hjemmesykepleien. Deltakerne skrev logg fra dagene i praksis, og jeg tok lydopptak fra refleksjonssamtalene vi hadde gruppevis, for i ettertid å transkribere for bruk i oppgaveskrivingen.

Den praktiske gjennomføringen fungerte godt og tidsskjemaet holdt med mindre justeringer underveis. Alle stilte opp på samlingene og leverte logger innen fristene. Også for den øvrige personalgruppen gikk aksjonsforskningen tilsynelatende uten problemer. At gruppen deltakere var tilfeldig utvalgt var noe deltakerne måtte forklare ovenfor kollegaer som ikke deltok i AF-prosessen til tross for at jeg hadde opplyst om dette i avdelingsmøter.

Et eksempel på utfordringer underveis kan være at noen dager etter midtevalueringen kom en deltaker til meg og fortalte at hun fikk en ekkel følelse under grupperefleksjonen. Hun opplevde at enkelte kritiserte de som hadde vært på sona for å gjøre en for grundig jobb. Jeg opplevde dette som et dilemma ved å være både forsker og leder. Som forsker stoppet jeg ikke dette under refleksjonene, som leder ville jeg nok kanskje ha gjort det. Jeg opplevde det heller ikke som kritikk i grupperefleksjonene, men i ettertid kan jeg være enig i at det førte til en uheldig vinkling i samtalen.

Jeg opplevde en større grad av kritisk refleksjon i samtalene, enn det jeg fikk via loggene. Likevel stiller jeg spørsmål ved i hvilken grad deltakerne viste ferdigheter i kritisk refleksjon. Jeg observerte lite metarefleksjoner, og maktperspektiver ble ikke diskutert i utstrakt grad. I refleksjonssamtalene ble ikke gjeldende diskurser synliggjort i gruppen. Hva besto kunnskapsutviklingen av, og fikk vi økt samhandlingskompetanse av denne prosessen? Det vesentlige blir kanskje ikke å tolke ulike utsagn, men derimot om deltakerne har opplevd og utviklet sin evne til kritisk refleksjon. Kan dette være riktig vei å gå, og hva kan forbedres til neste gang? Ble det som Levin påpekte; for mye refleksjon og lite aksjon? Dette er spørsmål jeg vil søke å få svar på i den videre analysen.

## 5. Analyse

---

Jeg vil videre se empirien eller datamaterialet i lys av teoriene, for å gi svar på problemstillingen:

### **Hvordan tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess som kan føre til økt samhandlingskompetanse og kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien?**

Først drøfter jeg de tre forskningsspørsmålene:

1. På hvilken måte opplever de ansatte at kritisk refleksjon fører til kunnskapsutvikling?
2. Hvordan kan sonebytte føre til økt samhandlingskompetanse og bedre praksis i Hjemmesykepleien?
3. Hvilke utfordringer kan en aksjonsbasert endringsprosess gi for deltakerne og leder?

Deretter vil jeg gi en sammenfattende analyse med hovedkonklusjoner som oppsummering og svar på problemstillingen.

### **5.1 På hvilken måte opplever de ansatte at kritisk refleksjon fører til kunnskapsutvikling?**

Først viser jeg til hvordan ulike perspektiv på kunnskap kan gi ulike svar på spørsmålet om hvordan de ansatte i Hjemmesykepleien opplever kunnskapsutvikling i denne prosessen. Deretter hvordan kritisk refleksjon kan ha ført til kunnskapsutvikling. Jeg svarer på bakgrunn av empirien, og mine tolkninger av denne, ut fra mitt perspektiv som leder og forsker. Jeg vil se på hva som har fremmet refleksjon i denne prosessen og om vi har lykkes med refleksjon.

#### **5.1.1 Kunnskapssyn og kunnskapsutvikling**

Bakgrunnen for denne endringsprosessen er Samhandlingsreformen og HPH - helhetlig pasientforløp i hjemmet. For ansatte i Hjemmesykepleien kan Samhandlingsreformen fremstå som noe de kan se bort i fra, og dermed arbeide som før. HPH har ført til endring i rutiner når

det gjelder oppfølging av pasienten og behandling av informasjon, men forståelsen for intensjonen med pasientforløpet kan være mangelfull. Jeg har i denne prosessen forsøkt å legge til rette for en kunnskapsutvikling i forhold til samhandlingskompetanse, da det fremheves som et kritisk punkt i nasjonal helseplan. Hver enkelt ansatt må skjønne utfordringsbildet som er beskrevet i Samhandlingsreformen. De må samhandle for å hjelpe pasienten til å mestre både sykdom og redusert egenomsorgsevne, for slik å bli boende i eget hjem.

I de innledende møtene i AF-prosessen, diskuterte vi hvordan kunnskapen ble ivaretatt ved sonebytte og hvordan vi kunne dele og utvikle ny kunnskap. Vi kom raskt inn på kritisk refleksjon som den tilnærmingen vi skulle ha i det videre arbeidet, både *on action* og *in action*. Kritisk refleksjon er et virkemiddel for kunnskapsdeling i følge en prosessuell og emosjonell forståelse av kunnskap, og vil derfor ha betydning for hvordan kunnskap blir ledet.

Jeg har tidligere gjort rede for tre perspektiver på kunnskap. Jeg vil nå drøfte dette i forhold til hvordan ansatte opplever kunnskapsutvikling som et resultat av kritisk refleksjon. De tre perspektivene på kunnskap er den strukturelle og rasjonelle forståelsen av kunnskap, den sosiale eller prosessuelle forståelsen og den emosjonelle forståelsen av kunnskap.

#### 5.1.1.1 Strukturell/rasjonell forståelse av kunnskap

HPH kan ved første øyekast synes som en rasjonell og strukturell tilnærming til Samhandlingsreformen som beskrives som en holdningsreform. På den ene siden er HPH en ramme for arbeidet med Samhandlingsreformen i Hjemmesykepleien. Den legger opp til en rigid struktur for tidsfrister i pasientoppfølgingen, hva det skal spørres om og hvilken dokumentasjon som kreves. I forskningsprosjektet der Hjemmesykepleien deltok, ble kontrollgruppen av pasienter fulgt opp ut ifra helsearbeiderens skjønn i hvert enkelt tilfelle. Resultatet fra forskningen er per i dag ikke klart, men hypotesen er at det vil vise en forskjell i antall reinnleggelser som følge av en systematisk oppfølging gjennom HPH. På den andre siden er ikke HPH overordnet faglig skjønn. HPH vil stadig komme til kort og vi må bruke kontinuerlige refleksjoner i forbedringsarbeidet.

I et strukturelt perspektiv favoriseres styring, kontroll og måling. En kan tenke seg at HPH skulle vært fulgt slavisk som en mal for arbeidet i Hjemmesykepleien. Utgangspunktet er at kunnskapen er eksplisitt og dermed kan beskrives og kartlegges. Vi kan tenke rasjonelt uavhengig av praksissituasjonen og påvirkning av emosjoner. Irgens (2011) sier at forutsetningene for at en slik styringsform skal kunne lykkes er at ansatte aksepterer en slik styringsform og at produksjonen egner seg for standardisering. Om de ansatte aksepterer en slik styringsform er lite trolig ved at det reduserer muligheten til å ha medvirkning og ta egne valg. Dette er en tradisjonell styringsform, der arbeidere skal utføre ordre. Likevel har det strukturelle styringssettet en del positive effekter i denne sammenhengen. Hverdagen for de ansatte er ofte kompleks og lite forutsigbar. I en slik kontekst, har jeg erfart at å strukturere pasientoppfølgingen etter HPH, har blitt godt mottatt. Det stiller krav til kompetanse og arbeidsinnsats, og det gir en bedre mulighet til å evaluere i ettertid, noe som oppleves positivt for arbeidsmiljøet og kvaliteten på tjenestene. Det gir også en standard for hva som er avvik fra et godt tjenestetilbud. Det å ha det «travelt» kan nå måles opp mot hvilket arbeid som er forventet utført. Alt dette forutsetter rom for faglig skjønn. Hvis en helsearbeider finner at oppfølgingen i HPH ikke er formålstjenlig, at for eksempel spørsmålene i oppfølgingssamtalene er belastende og ikke egnet i forhold til pasientens helsetilstand, vil denne kunne unnlate å spørre, og videre dokumentere årsaken til dette. Om hvorvidt produksjonen eller tjenestetilbudet i Hjemmesykepleien egner seg for standardisering, er både et faglig og politisk spørsmål. HPH er en standardisering av pasientforløp etter en politisk ønsket utvikling, men et viktig element er at det er utviklet i samarbeid med fagfolk i praksisfeltet og tilpasset lokale forhold. Slik får ansatte eierforhold til rutinene og det blir et nyttig hjelpemiddel. Det er heller ikke alt som lar seg standardisere. Forsøk på å standardisere, og gi sentrale føringer eller lovfeste bestemte oppfølginger, kan undergrave både det individuelle faglige skjønn og skape uforsvarlige situasjoner fordi produksjonen i utgangspunktet ikke egner seg for standardisering.

Noen av deltakerne gav tilsynelatende uttrykk for et strukturell kunnskapssyn da de skulle forklare hva de hadde lært og observert i løpet av AF-forskningen. Opplevelsen av ny kunnskap ble «det jeg ikke visste om pasienten fra før», altså en individuell eksplisitt kunnskap. Likevel er mitt inntrykk at denne oppfatningen ikke vedvarte gjennom prosessen og at det ble en erkjennelse og forståelse for et bredere kunnskapssyn.



**Å fremme kunnskapsutvikling** innen den strukturelle/rasjonelle forståelsen kan blant annet gjøres gjennom å kartlegge beste praksis og spre denne gjennom forelesninger og kurs (Gotvassli 2007). Gjennom AF-prosessen gav deltakerne uttrykk for at de kjente strukturen i HPH og bakgrunnen for denne i Samhandlingsreformen. På den ene siden var det ikke gitt uttrykk for at det var behov for mer informasjon eller opplæring i form av internundervisning eller annen opplæring. På den andre siden var det heller ikke en entydig uttalt forståelse for sammenhengen mellom hver enkelt sine holdninger og kompetanse i samhandling, mellom pasient og andre helsearbeidere. Dette kan tyde på at selve rammene og strukturen i HPH er innarbeidet. Videre at det er aksept og forståelse for at HPH bidrar til å sikre faglig forsvarlighet i tjenesten og bidrar til at pasientene kan bli værende i eget hjem.

#### 5.1.1.2 Sosial/prosessuell forståelse av kunnskap

Kunnskapsutviklingen er i denne forståelsesrammen innleiret i sosial praksis og forhandles fram, eller deles i praksisfeltet (Elkjær 2004). I Hjemmesykepleien har praksisfeltet varierte oppgaver der hver enkelt ansatt ofte arbeider individuelt ute i felten. Jeg har gjennom denne prosessen, og fra tidligere erfaringer, sett at det er svært ulikt hvordan den enkelte opplever variasjon og muligheter for å påvirke sin egen arbeidsdag. På den ene siden kan ansatte beskrive hverdagene som belagt med nærmest rutinepregede oppdrag. De opplever at de har liten innvirkning på hvordan vakta skal bli. I tillegg kan selve behandlingen av pasientene beskrives som enkle, «at det bare er å gi medisin» eller «det er bare å ta av strømper», og lignende. Dette kan også komme fram der oppdragene blir fordelt ut ifra kompetanse, at de tiltakene som krever mest kompetanse av noen oppfattes som de mest interessante. Derimot kan oppdrag som tydelig er for krevende ut ifra helsearbeiderens kompetanse, bli oppfattet som slitsomme. På den andre siden er det ansatte som beskriver arbeidet i Hjemmetjenesten som lite rutinepreget og at de i stor grad får være med på å prege innholdet i egen arbeidsdag. Den faglige skjønnsutøvelsen fanger opp hele pasienten og «enkle» oppdrag oppleves ofte som viktig i et forebyggende perspektiv, og relevant i forhold til observasjon av sykdomsutvikling. Pasientsituasjoner som noen oppfatter som krevende og slitsomme, kan av andre bli beskrevet som utfordrende. Irgens (2011) sier at ved å la ansatte delta i beslutninger og gi varierte arbeidsoppgaver, kan trivselen øke og de ansatte tar dermed mer ansvar. Dette utsagnet kommer til kort i de sammenhengene der ansatte opplever at ansvar og beslutningstagning er en belastning, eller at det er de selv som vil definere hva som er varierte

arbeidsoppgaver. På den andre siden er det desto viktigere å legge til rette for mulighetene til å påvirke arbeidet og skape et miljø der alle opplever å bli hørt.

Dreyfus og Dreyfus (1999) og teorien om ”de fem stadier – fra novise til ekspert” kan gi en forklaring på denne ulikheten i tilnærming. Jeg opplever de fleste som åpen for ny kunnskap. Likevel kan en tenke seg at noen i praktiske yrker som helsearbeidere, ikke når ekspertnivået i yrkesutøvelsen. Den tause kunnskapen omtales hos Dreyfus og Dreyfus som et kjennetegn på læring i praktiske yrker, og kan være tilstede individuelt i varierende grad. Det er mulig at de fleste etter flere år som helsearbeidere vil besitte en taus kunnskap som gjør at handlingene gjøres automatisk uten å måtte planlegges eller reflekteres over på forhånd. Denne teorien kan være lite dekkende for den faglige kunnskapen og det teoretiske grunnlaget for sykepleiefaget. Sykepleie som utøves i Hjemmesykepleien er både et praktisk og teoretisk yrke. De ansatte har ulik grad av utdanning og dette kan utgjøre en vesensforskjell for hvilken kvalitet en kan forvente av tjenesteytingen og forståelsen for pasientsituasjonene. Videre kan det også være ulik grad av ferdigheter knyttet til å reflektere kritisk rundt handlinger og egen praksis noe som også vil være personavhengig.

**Hvordan fremme kunnskapsutvikling** med en sosial prosessuell forståelse av kunnskap?

Von Krogh et.al. (2005) hevder at å skape kunnskap innebærer å legge til rette for relasjonsbygging og dialog, og å utvikle en felles kunnskapsbasis for hele organisasjonen. Gjennom denne AF-prosessen er dette en del av metodologien. Vi har arbeidet i tospann og reflektert rundt prosessen og innholdet i praksis. En felles kunnskapsbase er relevant for denne endringsprosessen. Det kan være at kunnskapen som ligger ute i praksis ikke i sin helhet kan formidles via skriftlige og muntlige rapporter, men må oppleves og reflekteres over *in action*. Von Krogh et.al. sier videre at hvor vellykket dette blir, avhenger av hvordan medlemmene i organisasjonen forholder seg til hverandre i en slik prosess. I denne AF-prosessen var alle deltakerne svært positivt innstilt til innhold og målsetning med forskningen. Jeg opplevde at alle var engasjerte og villige til å by på seg selv både inn i refleksjonssamtalene og ute i praksis i tospann. Dette skulle tyde på at kunnskapsutviklingen var i en kunnskapshjelpende kontekst ifølge Von Krogh et.al. Ved å se på kunnskap som en konstruksjon av virkeligheten, og en berettiget og sann overbevisning, kan det vise at gruppen i fellesskap har kommet fram til de sannheter som gjelder for oss i Hjemmesykepleien. En felles forståelse og oppfatning av god praksis kan være det som best fører til videre utvikling av Hjemmesykepleien som organisasjon. Denne prosessen har vist at virkeligheten ikke alltid

er som en avgrenset lystbetont endringsprosess. Dersom jeg skulle ha gjennomført dette i hele organisasjonene ville jeg ha støtt på minst en som ikke hadde ønsket å forholde seg til en slik tilnærming til kunnskapsutvikling. Jeg beskrev tidligere at en takket bestemt nei til å delta i denne AF-prosessen, og det kunne vært flere som har andre motiver for arbeidsinnsatsen enn å utvikle kunnskapsbasen for organisasjonen. Likevel tror jeg at de aller fleste ønsker å bidra positivt dersom forholdene blir lagt til rette fordi det kan forventes en gevinst for den enkelte i form av kunnskapsutvikling.

### **Praksisfellesskap**

En måte å legge forholdene til rette for kunnskapsutvikling, er praksisfellesskap. Som vist tidligere er praksisfellesskap en arena for ferdighetstrening, arbeid med kunnskapstrening knyttet til praksisfeltet, veiledning, å lære av hverandre og erfaringslæring ferdighetstrening for å fremme kunnskapsdeling.

Bakgrunnen for at jeg vil drøfte denne tilnærmingen til kunnskapsdeling, er de fellestrekkene dette har med designet på aksjonsforskningen.

Felles for teoriene om praksisfellesskap er at de består av ansatte i en organisasjon som har et felles ønske om å finne løsninger og oppnå utvikling. Ulikhetene består i oppfatningen av hvor stor grad av tilfeldighet praksisfellesskapene oppstår og videreføres, og hvor bredt og løselig et slikt fellesskap kan være for å kalles et praksisfellesskap. Dette er ikke tema for denne drøftingen, men jeg ser på hvordan elementer av praksisfellesskap kan gjenkjennes i forhold til AF-prosessen.

Jeg finner likheter med vår AF- prosess i måten Wenger og Snyder (2000) beskriver hvordan ledere lykkes i å lage gode praksisfellesskap. De har koblet sammen de riktige menneskene, lagt til rette en infrastruktur som praksisfellesskapet kan samhandle, og ikke forsøkt å styre hva praksisfellesskapene skal gjøre. I AF-prosessen har vi koblet sammen både de som skal forlate den aktuelle sonen i Hjemmesykepleien og de som skal overta, og dette kan legges grunnen for et praksisfellesskap. Infrastrukturen er både dagene sammen i praksis og refleksjonssamtalene underveis. For å måle verdien i praksisfellesskapet sier Wenger og Snyder at lederen kan høre på historier eller intervju medlemmene i praksisfellesskapet. Slik kan lederen få en forståelse av hvilke ideer som har dukket opp, nye løsninger på utfordringer

og generell kunnskapsutvikling. Dette har mange likheter med måten vi jobbet i AF-prosessen, ved at deltakerne fikk beskrive og reflektere rundt praksiserfaringer både i praksis med kollegaer, via logger og i fellessamlinger. Slik kan en argumentere for at det oppsto kunnskapsutvikling i løpet av prosessen. Likevel har jeg litt vansker med å se forskjellen på dette og andre samlinger og grupper lederen organiserer. Jeg ser at et viktig felles prinsipp for praksisfellesskap er at innholdet ikke skal styres av lederen, slik skiller det seg fra andre grupper i organisasjonen. Dette kan likevel være et vanskelig prinsipp å håndheve. På den ene siden ønsker en som leder å legge til rette for slike praksisfellesskap med tanke på de positive effektene for kunnskapsdelingen, mens på den andre siden må lederen kunne forutsette at det er et praksisrelatert fokus i disse gruppene. Da handler det til slutt om hvorvidt leder har tillit til sine medarbeidere.

Newell et.al. (2002) ser praksisfellesskapet som løsere og mer tilfeldig organisert og gir lederen en mer perifer rolle. I Hjemmesykepleien, og utover organisasjonen, vil slike praksisfellesskap kunne eksistere uten at leder kjenner til dem. Hjemmesykepleien er en organisasjon i kommunen som samarbeider nært med mange andre tjenester, og kan ha relasjoner på tvers av organisasjonsgrensene som kan karakteriseres som praksisfellesskap. For å legge til rette for disse fellesskapene kan jeg som leder sørge for en kultur som oppmuntrer til relasjonsbygging og kunnskapsdeling. Dette vil også motvirke de negative effektene som kan oppstå ved praksisfellesskap, ved at det dannes subkulturer og ukulturer. Nettopp gjennom en slik endringsprosess, som vi har gjennomført ved dette sonebyttet, har bygging av nye relasjoner hatt fokus. Derigjennom har etablerte og kanskje ineffektive relasjoner blitt erstattet eller fornyet. Et sonebytte i seg selv er fornyende og en slik introduksjon til ny samarbeidspartner kan gi kultur for kunnskapsdeling. Innholdet i samtaler når disse treffes for å løse utfordringer i praksis, kan være uinteressante for meg som leder. Jeg vil kunne høre om episoder eller historier som beskriver samarbeidet mellom helsearbeiderne, og med det opprettholde tilliten til at praksisfellesskapene fungerer. Ved at deltakerne i denne AF-prosessen har fått prøvd en ny måte å gjennomføre sonebytte på, tror jeg at det har medført en positiv effekt blant annet ved å bygge relasjoner, og å utveksle kunnskap raskt og effektivt.

Ved å anerkjenne det emosjonelle som kilde til kunnskapsutvikling, kan det gi leder større trygghet for at praksisfellesskapene ikke bør kontrolleres. Praksisfellesskap er en metode for å fremme den emosjonelle kunnskapsutviklingen er så vel som kritisk refleksjon.

### 5.1.1.3 Emosjonell forståelse av kunnskap

Følelser styrer tilsynelatende mange valg og avgjørelser både i politikk, næringsliv og i den private sfære. Det er derfor ingen grunn til å tro at det er noe mindre i Hjemmesykepleien. Den emosjonelle kunnskapen er forklart ved blant annet det kliniske blikk, magefølelse eller faglig skjønn. Alle disse baserer seg på de andre kunnskapstypene i tillegg, men det er noe mer, noe vi kan omtale som «teft». I AF-prosessen kom dette til uttrykk gjennom at deltakerne forklarte forskjellige observasjoner med at de «ser» og «skjønner» hva som må gjøres, at de «merker når noe er galt.»

Jeg ser at en viktig faktor for at vi skal lykkes er at følelsene tas på alvor og bearbeides. I første samling var det også fremhevet at vi skal legge vekt på humor og raushet, men samtidig tørre å utfordre hverandre. Å fokusere på det emosjonelle kan hjelpe prosessen framover og gi opplevelser for den enkelte og gruppen som fører til kunnskapsutvikling. Utfordringen blir å vite hvor viktig det emosjonelle er for en vellykket prosess. I denne AF-prosessen diskuterte vi opplevelsen av å bli vurdert og observert av en kollega, men blant deltakerne ble dette bare oppfattet som positivt. Det kan vel ha å gjøre med den relativt korte prosessen og motivasjonen for det vi skulle gjøre. Det kan tenkes at et mer omfattende prosjekt der observasjonene av hverandre skulle ha vært mer inngående, kunne ha ført til andre utfordringer og mer motstand fra deltakerne.

I denne AF-prosessen fungerer soneparene som små praksisfellesskap der det reflekteres rundt situasjoner i praksis. Videre kan soneparene dele praksisfortellinger, som også er en kilde til emosjonell kunnskapsutvikling. Gotvassli (2007) viser til at det som skiller refleksjonene i den emosjonelle forståelsen fra den sosiokulturelle og prosessuelle, er at refleksjonene skjer i praksis og ikke om praksis i ettertid. Loggene beskriver flere opplevelser der det å være trygge på hverandre som kollegaer, er viktig for å ha en åpen kommunikasjon. Det å snakke sammen i bilen på tur mellom oppdragene kan være en arena for refleksjon som er in-action heller enn de samtalene som skjer ved vaktskifterapporter. Å dele praksisfortellinger i en ramme der det er følelsene og opplevelsene der og da som legger premisene for tema, vil kunne føre til en emosjonell kunnskapsutvikling. Igjen vil en slik arena for

kunnskapsutvikling brukes av ansatte uten at leder kan styre eller kontrollere innhold i samtale.

Dette viser at evne til refleksjon og bruk av kritisk refleksjon blir vesentlig både i forhold til en sosial/prosessuell og emosjonell kunnskapsutvikling. Jeg vil derfor utdype dette videre.

### 5.1.2 Kritisk refleksjon

I sluttevalueringen ble alle bedt om å reflektere rundt følgende spørsmål: *«Har dere erfart at kritisk refleksjon har ført til kunnskapsutvikling gjennom denne forskningsprosessen? I tilfelle hvordan og hvorfor?»*

Erfaringene fra AF-prosessen både i grupperefleksjonene og i loggføringen, viser at når det skal settes ord på kunnskapsutviklingen og kanskje det er spesielle refleksjoner som etterspørres, blir det en utfordring for noen av deltakerne. Her kan det selvsagt evalueres både om målet for prosessen var godt nok presisert, og om spørsmålene underveis var gode nok. Det viser seg at evnen til å uttrykke refleksjoner er ulik. Om faktiske refleksjoner i handlingen er kvalitativt forskjellige kan jeg ikke si for sikkert. Schön (2001) hevder at refleksjon oppstår når vi utfører en handling uten å vurdere handlingsvalgene på forhånd og noe uventet skjer. Det kan også være slik at vi reflekterer rundt det vi gjør i selve handlingsforløpet, og at dette samtidig medfører at vi utvikler evnen til refleksjon (Schön 2001). Dette viser til at refleksjonene og utvikling av refleksjonsevnen er noe som skjer i praksissituasjonene. Det trenger derfor ikke være noen sammenheng mellom evnen til å reflektere i praksis og hvordan den enkelte klarer å uttrykke disse refleksjonene i ettertid via logger og i fellessamlinger. Det er noe jeg har kunne lest mellom linjene i datamaterialet, at det ikke alltid er sammenheng mellom god skriftlig og muntlig refleksjonsevne, og det å utøve en god sykepleie basert på en kritisk tilnærming til pasientsituasjonen. Schön sier videre at en profesjonell praksis ofte preges av gjentakelser slik at erfaring gjør at kunnskapene blir tause, spontane og automatiske. Dette kan på den ene siden føre til ekspertkunnskap, noe som samsvarer med Dreyfus og Dreyfus beskrivelse av ekspertstadiet i kunnskapsnivå. Gruppen som deltok i AF-prosessen var stort sett svært erfarne helsearbeidere og det kan derfor være slik at de kan ha utfordringer med å reflektere rundt sine egne handlinger fordi de er automatiserte og tenker til daglig ikke over hvorfor de gjør som de gjør. Fra et emosjonelt kunnskapssyn er kunnskapen

kroppsliggjort. På den andre siden sier Schön at denne automatiseringen kan føre til sneversynthet, dette virker som en åpenbar fare ved vårt arbeid i Hjemmesykepleien. Uttalelser i grupperefleksjonene tydet også på dette: «*Har jobbet her i 35 år, og plutselig finner jeg ut hvorfor..., hvorfor gjør jeg sånn. Jeg ser mønstret jeg har gått etter alle de årene.*» Her har kanskje vedkommende reflektert i handling, og har da ifølge Schön vært forsker i praksissammenheng ved å konstruere en ny teori til det unike tilfellet.

I de to første gruppesamlingene var temaet blant annet kritisk refleksjon, diskurs og makt. Jeg erfarte at dette var tema som engasjerte, og vi knyttet dette opp mot egne handlinger i praksis, hvordan helsetjenestene omtales i media og hvem som legger premissene for de gjeldende diskurser. Samhandlingsreformen ble omtalt, og de ulike kreftene som spilles ut både i forhold til ressursfordeling og faglige standarder, med HPH som en lokal variant. Vi diskuterte også hvordan vi oppfatter det arbeidet vi gjør og hvilken rolle vi har i å formidle innhold i tjenesten. Vi reflekterte rundt konsekvenser for omdømmet dersom vi deltar i en svartmaling kontra en framsnakking av de faglige utfordringene. Maktbegrepet ble i denne sammenhengen drøftet ved å spørre om «hvilke diskurser styrer vår praksis og hvordan virker de inn på våre handlinger?» Selv om jeg opplevde at dette fenet, så lyktes vi ikke helt med å ta dette videre inn i prosessen. Kanskje var det deltakere som analyserte makt og den gjeldende diskursen i løpet av AF-prosessen, men dette kom ikke fram eksplisitt. I følge Askeland (2006) er kritisk refleksjon å belyse maktrelasjoner og bli klar over hvilke dominerende antagelser som styrer ens praksis. Vi kan kanskje ikke påvise at vi lyktes med kritisk refleksjon i forhold til de mer overordnede politiske linjene, men jeg mener at resultatet var bedre i forhold til å reflektere kritisk omkring pasienttilbudet og hvordan vi forholder oss til pasientene og hverandre.

### **5.1.3 Oppsummering**

På den ene siden erfarte vi at diskusjonene og loggene viste gode refleksjoner. Det ble stilt spørsmålsteget ved egne handlinger og hvordan oppgavene hadde vært løst tidligere. På den andre siden tenker jeg at dersom en legger til grunn en emosjonell forståelse av kunnskap og dermed både kritisk refleksjon, refleksjon i handling og praksisfellesskap som metoder for å fremme kunnskap, vil kunnskapsutviklingen være en sannsynlig effekt og kan dermed ikke beskrives eksplisitt.

Jeg har vist at HPH- og den strukturelle beskrivelsen av pasientforløpet, representerer en nødvendig kunnskap for å samhandle i Hjemmesykepleien. Prosessuell og emosjonell kunnskapsutvikling krever tid og dyktiggjøring av den enkeltes bruk av kritisk refleksjon. Dette kan blant annet gjøres gjennom tilrettelegging av praksisfellesskap som soneparene kan være en del av. Jeg vil se nærmere på hvordan sonebytte kan styrke samhandlingen i neste avsnitt.

## **5.2 Hvordan kan sonebytte føre til økt samhandlingskompetanse og bedre praksis i Hjemmesykepleien?**

Helsearbeiderne i Hjemmesykepleien bytter soner og sonepartner bare en gang i året, og dette er derfor en liten del av den praksisen som utøves hver dag. I forskningen har dette sonebyttet vært utgangspunkt for problemstillingen, både fordi det gir en avgrensning, det har stor overføringsverdi til det øvrige arbeidet ved at vi studerer samarbeidet i praksis, og vi ser at praksisen omkring sonebytte kan forbedres for å sikre kunnskapsdeling.

Jeg har tidligere sagt at samhandlingskompetanse primært dreier seg om kompetanse som er nødvendig for at helsearbeidere i Hjemmesykepleien skal kunne utvikle og gjennomføre gode pasientforløp. Altså at pasienten skal få rett behandling, til rett tid og på rett sted. Spørsmålet her er hvordan sonebyttepraksisen kan forbedres slik at den fører til økt samhandlingskompetanse.

I denne AF-prosessen valgte vi å la deltakerne i forskningen gå sammen med en helsearbeider som skulle slutte på sona etter ett års arbeid. Dette var første del av forløpet, og den første loggføringsrunden og midtevalueringen omfattet erfaringer fra denne sammensettingen. Alle erfarte dette som positivt ved at de fikk et godt innblikk i hvordan de ulike oppdragene var løst og hvilke vurderinger som var lagt til grunn for tjenestetilbudet. På den ene siden gikk flere av tilbakemeldingene på at det var neste runde de gledet seg til, å få gå sammen med sin nye sonepartner. De opplevde at denne første runden var mest for å observere og at de fikk overført kunnskap om pasientene. På den andre siden var det vesentlig i forhold til kunnskapssynet jeg legger til grunn for oppgaven, at denne kunnskapsoverføringen skjer i praksis, i tillegg til den skriftlige og muntlige overføringen. Ved å se kompetanse som evne til



å reflektere i oppgaveløsningen, er det en fordel at kunnskapsdelingen ved sonebytte skjer ute i praksis der pasienten er. Jeg tenker at førsterunden gav et bedre grunnlag for de nye soneparene når de skulle møtes i andre del av forskningen. De inntrykkene og opplevelsene de satt med fra den første runden var et erfaringsgrunnlag som var egnet til å reflektere rundt i fellesskap og slik øke samhandlingskompetansen.

### **5.2.1 Hvordan fremme samhandling og kunnskapsutvikling**

Suksesskriterier for etablering av en sterk læringskultur kan innebære at organisasjonen må ha en grunnleggende og felles forståelse av hva læring, kunnskap og kompetanse er for å identifisere de viktigste arenaene for læring på arbeid (Filstad 2010). Dette virker ved første øyekast som en nærmest umulig oppgave. En organisasjon som Hjemmesykepleien som driver døgkontinuerlig med turnusarbeid og med mange forskjellige nivå i utdanning og kompetanse, har også rimeligvis mange ulike oppfatninger om hva disse begrepene innebærer. Å skape en felles forståelse, blir en oppgave som kan by på utfordringer både i forhold til tilnæringsmåter og ressurser. Denne AF-prosessen kan vise at bevisstheten rundt disse begrepene i det daglige er lav, men derimot interessen og forståelsen for betydningen av begrepene er høy. Det skal da kanskje ikke så stor innsats til for at vi finner et grunnlag for å bygge en kultur for læring og kunnskapsutvikling. Det ble i AF-prosessen rask og enstemmig aksept for at sonebytte er en arena for læring og utveksling av kunnskap. Forståelsen for at vi deler kunnskap og utvikler kunnskap i praksis er der, samtidig med at sonebytte sees på som et kritisk punkt når det gjelder å ta vare på kunnskap og utvikle ny kunnskap, og er dermed en viktig arena for læring.

For å forankre læringsprosesser i alle deler av organisasjonen, kreves tilstrekkelig tilgang på ressurser, og en organisasjonsstruktur som støtter opp om disse. I denne AF-prosessen har vi hatt nettopp dette. Vi har forankret prosessen ved at ledere og ansatte har sett nytteverdien, vi har hatt tilgang på vikarressurser og tilgang til feltet eller praksis, og vi brukte en allerede etablert struktur i arbeidet. Så vil tiden vise om resultatet ble så bra at dette vil bli gjeldende praksis ved neste sonebytte. Vurderingene vil da måtte gå på om resultatet står i forhold til ressursene som kreves. Derfor kan det også vurderes å gjennomføre en forenklet modell som kan gi ønsket effekt. Ressurstilgangen i form av behov for ekstra bemanning, for å frigi tid til å samles, reflektere og å arbeide to og to i praksis, vil være kritiske punkt. Lederoppgaven blir

å stå for et kunnskapssyn som involverer praksisfellesskapet og kritiske refleksjoner som kilder til bedre praksis, og prioritere dette i organisasjonsutviklingen. Dette blir vesentlig for å utvikle en sterk læringskultur Hjemmesykepleien, at jeg som leder tilrettelegger for læring og kunnskapsutvikling, og at kollegaene ser sitt ansvar for å bidra til læring og kunnskapsdeling.

Læring og kunnskapsutvikling beskrives som kontinuerlige prosesser, og det er følgelig ikke tilstrekkelig med fokus på læring og kunnskap over en begrenset tidsperiode (Filstad 2010). Derfor vil ikke denne avgrensede aksjonsforskningsprosessen kunne dokumentere en effekt på kunnskapsutviklingen i Hjemmesykepleien. Jeg tror likevel at det har satt i gang en utvikling som fortsetter etter sluttsamlingen. Vi har i fellesskap belyst og drøftet konkrete hendelser, fortalt historier om erfaringer fra praksis og lagt til rette for en bedre start på arbeidet i de nye soneparene, noe som vi tror vil styrke samarbeidet og slik legge til rette for kunnskapsdeling og øke samhandlingskompetansen. I en felles praksis der refleksjon og egne faglige vurderinger er vektlagt i utøvelsen av arbeidet, samtidig som samarbeid og samhandling er en vesentlig faktor for å skape gode tjenester, vil dette kunne føre til en bedre praksis.

### **5.2.3 Oppsummering**

Ved å arbeide for en felles forståelse for læring og kunnskap i Hjemmesykepleien, kan sonebytte bli en arena for kunnskapsutvikling og slik styrke samhandlingskompetansen. Sonebytte vil ikke være en tilstrekkelig læringsarena for å fremme samhandling og kunnskapsutvikling, da dette krever kontinuerlig fokus over tid. Derfor vil sonebytte kunne utgjøre en del av læringsarenaene som er nødvendig for å etablere en sterk læringskultur. Å arbeide for en slik læringskultur fordrer både forankring i ledelsen, tilgang på ressurser i form av tid og veiledning, samt at kollegaer får ansvar for kunnskapsdelingen. Jeg vil videre belyse noen av de utfordringene dette kan medføre.

### **5.3 Hvilke utfordringer kan en aksjonsbasert endringsprosess gi for deltakerne og leder?**

En aksjonsbasert endringsprosess kan gi utfordringer både for deltakere, leder og forsker, ved at relasjonene mellom deltakerne, opplevelsene og erfaringene i prosessen, er så sentralt for resultatet. Jeg har tidligere beskrevet aksjonsforskning som kampen om å forstå seg selv som involvert politisk og sosial aktør i forskningsprosessen.

Jeg vil videre se på utfordringer ved metodikken i aksjonsforskningen og deretter ved selve aksjonsforskningsprosessen.

#### **5.3.1 Metodologi**

Jeg opplever medvirkningsfokuset som det vesentlige i aksjonsforskningen. Som nevnt i kapittel 3.5 startet jeg denne prosessen i tredje kvadrant i Coghlan og Brannicks forsker- og systemmodell (figur 7). Jeg var interessert i endring av egen praksis, og ønsket å engasjere meg i en prosess med selv-refleksjon i forhold til egne antakelser, tenke- og handlemåter. Fokuset var på min egen læring fordi det var mitt behov for tema til masteroppgaven som var den opprinnelige årsaken til at prosessen startet. For å forflytte meg til den siste kvadranten, der både forsker og system interessert i omfattende endring, var jeg avhengig av en positiv respons og engasjement fra feltet for å få gjennomført prosessen. For at nye løsninger skal lykkes og implementeres, trekkes prosess, medvirkning og deltagelse fram som suksessfaktorer. Dette gikk over all forventning i AF-prosessen i Hjemmesykepleien. Jeg hadde kanskje ventet flere kritiske spørsmål eller mindre engasjement, men de som deltok gjorde det med full innsats, og jeg tror alle satt igjen med positive erfaringer og økt kompetanse etter endt prosess. Vi kom dermed over i fjerde kvadrant fordi deltakerne ønsket å lære. Her er jeg som forsker både en del av prosessen og har samtidig ansvaret for gjennomføringen av selve endringsprosessen. Dette kan være krevende, men i denne endringsprosessen tror jeg vi lykkes med å velge et design som var gjennomførbart i forhold til rammene.

En kritikk som har vært rettet mot medvirkningsfokuset er at dette kan føre til forsinkelser i prosesser, beslutningsvegning og ineffektivitet. Som leder og forsker å kunne skille mellom behov for styring og beslutning på den ene siden og medvirkning og prosess på den andre, blir

en viktig egenskap. Under refleksjonssamtalene hadde enkelte en tendens til å fortelle om situasjoner som ikke opplevdes relevante fra mitt synspunkt. Noen av disse forsøkte jeg å styre mot å svare på de refleksjonsspørsmålene som var stilt, mens andre ganger gikk samtalen sin gang. I situasjonen opplevde jeg dette som feil bruk av tid, men sett i ettertid er dette uproblematisk. Også i de samtalene jeg opplevde som mindre relevante, har gitt meg innsikt i prosessen ved gjennomgang av transkriberingen.

AF karakteriseres også ved fokuset på endring av praksis. Det er et klart alternativ til andre modeller i forhold til endring, der både behov for endring og endringsstrategier blir initiert fra ledelsen eller som resultat av endrede ytre behov. Gjennom samarbeid mellom helsearbeidere i Hjemmesykepleien og meg som forsker og leder, klarte vi å legge til rette for kunnskapsutvikling ved å rette fokus på forbedringen av praksisen rundt sonebytte. Selve problemforståelsen kan likevel bli en langsom utviklingsprosess. Den krever gjensidig samarbeid og dialog med alle aktørene, ved at det er samhandlingskompetansen i sin helhet vi ønsker å forbedre. Videre er målet at den enkelte skal forstå utfordringsbildet i lys av Samhandlingsreformen.

I vår AF-prosess kan det diskuteres hvorvidt deltakerne fikk være med på å stille diagnosen, som er en av fasene i aksjonsforskningsspiralen. Deltagerne skal gjøre opp status og stille diagnoser for deretter å se på ønsket endring (Coghlan & Brannick 2010). Jeg hadde pekt ut sonebytte som en aktuell vinkling for prosessen, der jeg ønsket at deltakerne skulle få erfaringer med kunnskapsdeling og forståelse for utvikling av samhandlingskompetanse, og ikke minst betydningen av samhandlingskompetanse for tjenestetilbudet. Slik var medvirkningen på dette stadiet kanskje liten. Det vil vanligvis være en bestilling som legger rammer for slike prosesser, både når det gjelder tid, økonomiske ressurser og omgivelser. Denne prosessen blir også noe smal der ulike intervensjoner skal prøves ut for å oppnå ønsket endring. Vi la til rette for å jobbe sammen i praksis, og vi hadde grupprefleksjoner og loggføring. Det kunne ha vært prøvd ut andre måter dersom rammene hadde vært videre. Utbyttet ble likevel opplevd som godt da vi var mange involverte i prosessen og mange ulike erfaringer kom fram i refleksjonene. Til slutt vurderte vi effekten av tiltakene og evaluerte fortløpende, uten at store kursendringer ble iverksatt. Problemstillingen ble endret etter de første møtene og vi endret på datoer og tidspunkt.

I forhold til de fire aksjonene i den lille læringssyklusen: erfaring, refleksjon, fortolkning og handling, så må alle læres for å kunne oppnå endring (Coghlan & Brannick 2010). Aksjonene gjennomføres på hvert av trinnene til aksjonsforskningsspiralen. Om hvorvidt disse er lært og forstått i denne prosessen er jeg ikke så sikker på. Aksjonene har på et vis ligget i bakgrunnen som begrep, men samtidig er det slik vi har jobbet likevel. Bruk av kritisk refleksjon favner mye av det disse aksjonene står for, etter min mening. Å stille spørsmål ved egen og andres handlingsmåte, hvorfor vi og andre handler som vi gjør, og hva som påvirker våre handlinger, er spørsmål som ligger i den kritiske tilnærmingen for å oppnå en bedre praksis.

Jeg vil videre se på om leder og deltakere har lyktes med aksjonsforskningsprosessen, og tar derfor videre utgangspunkt i den aksjonsbaserte helhetsmodellen (figur 6).

### **5.3.2 AF-prosessen**

For å evaluere AF-prosessen, vil jeg drøfte erfaringene i forhold til de fire «stolbeina» som en aksjonsbasert tilnærming hviler på (Rennemo 2006).

#### **1. AU- aksjonsbasert utforskning**

Dette har vært den viktigste innfallsvinkelen i denne prosessen. Vi startet samlingene med å stille spørsmål ved vårt kunnskapssyn og hva som påvirker våre handlinger. Vi diskuterte andre måter å forstå vår praksis på, hvordan Samhandlingsreformen virker inn på vår praksis, og på hvilken måte HPH ivaretar intensjonen i Samhandlingsreformen. Disse temaene synes på den ene side som selvfølgelig tatt i betraktning at dette er vår arbeidshverdag, men hverdagen er ofte ikke slik at vi tar oss tid til å trekke linjene fra, i dette tilfellet, store reformer, til praktiske løsninger i hverdagen.

Den aksjonsbaserte utforskningen ivaretar verdien av å tenke nytt og reflektere på metanivå. I Hjemmesykepleien har vi gjennom HPH jobbet mye med de nye forventningene som stilles til oss gjennom Samhandlingsreformen, bevisstgjøring i forhold til ansvar og roller for helsearbeiderne, og hva som forventes utført av tjenester i hjemmene.

I AF-prosessen fikk vi flere gode refleksjoner både i logger og i plenum. Disse viste at blikket ble løftet slik at praksisen i Hjemmesykepleien ble evaluert, og den enkelte kunne sette et

kritisk blikk på sin egen yrkesutøvelse, og hvilket kunnskapssyn de hadde lagt til grunn for sine handlinger. Jeg tenker at Hjemmesykepleien har en sterk kultur der endringer i hverdagen er vanlig. Det kan være en uforutsigbar arbeidshverdag, der den enkelte har mye aleneansvar. På den andre siden er personellgruppen svært stabil. I AF-prosessen er det ingen som representerer den utenforstående som kan stille kritiske spørsmål utenfor forståelsesrammen til hjemmesykepleiekulturen. Dette er en svakhet ved den kritiske refleksjonen, at kulturen ikke utfordres av utenforstående. Vi ser at i daglig praksis, representerer studenter, lærlinger og vikarer ofte dette utenforstående blikket som kan åpne opp for nye tanker. Likevel vil disse være i en posisjon der det å utfordre gjeldende tankemønster kan være tøft ved at de kan være både yngre og mindre erfarne enn andre kollegaer. Det handler også om å tørre å stille kritiske spørsmål for oss som allerede jobber i Hjemmesykepleien

Jeg forsøkte gjennom refleksjonsspørsmålene å oppmuntre til egenrefleksjon, til å se andre mulige forståelsesrammer for den praksisen vi utfører, og hvorfor vi gjør som vi gjør. Sitater fra samtalene og loggene kan stå som eksempel på hvordan deltakerne gav uttrykk for ny innsikt gjennom denne prosessen: *«Ved å observere andre, tenker man på hvordan man selv fremstår, og hvordan vi ønsker å framstå»*. Dette ser jeg ikke som nytenking i form av ny kunnskap, men for den det gjelder er det et viktig resultat av AF-prosessen. Med tanke på at dette er erfarne helsearbeidere og ikke studenter eller elever, kan innsikt i egen væremåte og den innvirkningen den har ovenfor pasienten være vesentlig for kvaliteten på tjenesten.

## **2. AK- aksjonsbasert kunnskap**

Dette stolbeinet representerer målet med oppgaven; å legge til rette en aksjonsbasert endringsprosess, som blant annet kan føre til kunnskapsutvikling og økt samhandlingskompetanse. Aksjonsbasert kunnskap relateres til verdien av å skape ny kunnskap og økt kompetanse for både individer og organisasjoner. Dette er noe jeg håper og antar blir resultatet av AF-prosessen. Det er vanskelig å måle dette, noe som henger sammen med oppgavens avgrensning både i form og tid. Fokuset for oppgaven er prosessen og ikke analyse av resultatet.

Det er sannsynlig at vi igjennom denne prosessen har klart å skape ny kunnskap og økt kompetanse. Mange utsagn fra deltakerne tyder på det, og selve AF-designet er tilrettelagt og gjennomført med tanke på kunnskapsutvikling. Utfordringen er å sannsynliggjøre eller synliggjøre resultatet.

### **3. AF- aksjonsbasert formidling**

Ønsket er at dette skal være en forskning som blir lagt merke til. Med dette fokuset legges det vekt på at vi i prosessen har innhentet kunnskap fra omverdenen for å legge til rette AF-prosessen. På denne måten kan vi bidra tilbake til «state of the art». Jeg tenker at Hjemmesykepleien som organisasjon er det spesielle i dette. Her finnes det lite forskning og derfor kan dette være interessant for lignende organisasjoner. Likeledes har få ledere innen helsesektoren forsøkt seg på aksjonsforskning. Videre er fokuset både på HPH og Samhandlingsreformen i kommunehelsetjenesten, noe som allerede har oppmerksomhet fra forskjellige hold. Jeg har også vist til at aksjonsforskning sies å ha lav status i forskningsmiljøer, og det vil derfor være ekstra utfordrende å nå fram med formidling av denne kunnskapen. Jeg har beskrevet design og framdrift i endringsprosessen for at det slik skal være mulig med lignende tilnærming på senere tidspunkt og i andre organisasjoner.

### **4. AP- aksjonsbasert produksjon**

Her fokuseres det på resultatproduksjon som er mindre relevant i denne sammenhengen. Dersom en slik prosess er en bestilling fra en oppdragsgiver, ønskes kanskje en økonomisk avkastning. Faren kan bli mindre rom for refleksjon og læring på bekostning av økonomisk gevinst. Som leder og aksjonsforsker vil kanskje ressursbruken ligge som en demper i prosessen, ved at en opplevelse av ineffektivitet kan føre til for rask fremdrift i refleksjonssamtaler eller andre deler av AF-syklusen.

For å oppnå resultat i forhold til de fire kvalitetene i den aksjonsbaserte tilnærmingen, vil det å være både leder og aksjonsforsker i egen organisasjon by på utfordringer. Dette blir tema for siste del av analysen.

#### **5.3.3 Leder og aksjonsforsker**

Jeg har ikke funnet eksempler på at en leder innen helse- og omsorgstjenesten har drevet aksjonsforskning. Mye tyder på at aksjonsforskning er lite utprøvd innen helsesektoren, at det er enda mindre vanlig å forske på egen organisasjon, og minst vanlig at lederen utfører denne forskningen. Det er derfor interessant å drøfte hva som oppleves som fordeler og ulemper med å være både forsker og leder. AF-prosessen ligner, som tidligere nevnt, på andre

endringsprosesser som en leder kan initiere og gjennomføre. Å forske på endringsprosessen forbeholdes derfor kanskje tilfeller der lederen er i et utdanningsforløp, som på min arbeidsplass. Det å kombinere forskning med lederoppgaver er krevende, og det vil derfor kanskje heller bli slik at en fristilles fra lederoppgaver dersom en har et forskningsoppdrag i organisasjonen.

Derfor er det nyttig som leder å bevisstgjøre for seg selv hvordan et subjektivt ståsted kan ha både positive og negative innvirkninger på forskningen. Min dobbeltrolle ble ikke et stort tema i diskusjonen på den første samlingen. Det ble reflektert rundt ulike maktforhold på et mer generelt grunnlag, og derfor blir denne drøftingen på bakgrunn av mine antakelser og tolkinger, heller enn konkrete tilbakemeldinger til meg.

I denne prosessen har det vært visse fordeler med å være leder og forske i egen organisasjon, samtidig som det har vært utfordringer. Jeg vil vise til både etiske og maktpolitiske problemstillinger.

### **5.3.3.1 Legalitet og legitimitet**

Aksjonsforskningen har som mål å bedre praksis ved å skape kunnskapsutvikling og økt samhandlingskompetanse. Slik kan det ut fra et legalitetsperspektiv være uproblematisk for meg å sette i gang en slik endringsprosess, så lenge det ikke går ut over andre ressurskrevende oppgaver. Dette kunne like gjerne vært en endring initiert av ledelsen for å bedre praksis uten fokuset på forskning.

Ut fra et legitimitetsperspektiv, kan det være flere relevante svakheter eller utfordringer ved min rolle. Jeg opplevde at deltakerne snakket fritt og at det ikke var noen åpenbare utfordringer knyttet til refleksjonene. Likevel vil det mest sannsynlig være slik at kommunikasjonen på den ene siden er hemmet ved at deltakerne tilpasser det de sier ut ifra at jeg er deres leder. Akkurat hva dette skal gjelde, blir bare spekulasjoner, men det å framstå som dyktig og engasjert ovenfor leder, vil en tro er et ønske for de fleste ansatte. På den andre siden kan det tenkes at praksis presenteres som mer krevende og travel enn det i virkeligheten er, for å opprettholde et inntrykk av stor innsats. Dermed kan kommunikasjonen tilpasses omgivelsene og situasjonen. Å være bevisst at jeg kan påvirke kommunikasjonen i kraft av



min rolle som leder, vil ha betydning for tolking av resultatet. Aksjonsforskningsarbeidet vil være preget av mitt ståsted. Jeg presenterer min subjektive opplevelse av prosessen, og tenker kanskje at den skal oppfattes som den objektive forskerstemmen. På den andre siden er dette en del av aksjonsforskningens vesen, at den skal bidra til forståelse for alle deltakernes politiske og sosiale rolle i organisasjonen.

### **5.3.3.2 Nærhet til feltet**

En forsker ansatt i organisasjonen har fordeler av at han kjenner de ansatte i organisasjonen og kulturen (Coghlan og Brannick 2010). For meg har dette ført til at jeg kunne gå relativt rett på sak i AF-prosessen ved å skaffe tilveie ressurser, planlegge og gjennomføre møter og ikke minst at jeg kjenner organisasjonen og de ansatte. Jeg har derfor ikke hatt behov for like mange forberedelser som en ekstern forsker kunne ha hatt. Bakdelene med dette er at jeg kan være forutinntatt, noe jeg har vært i forhold til yrkesgrupper og tankene om hvordan de ulike yrkesgruppene ville respondere i forhold til kritisk refleksjon. Det er ikke lett å se seg selv utenifra og vurdere om jeg har manglet kritisk tilnærming og vært nærsynt i denne prosessen.

Det er likevel klart for meg, spesielt med tanke på tolking av datamaterialet, at det å kjenne kulturen, språket og sjargongen har betydning for resultatet. Jeg setter alle refleksjonene i sammenheng med mine tidligere erfaringer og den innsikten jeg har i organisasjonen. Dette er en forutforståelse som helt tydelig er med og påvirker både prosessen og resultatet, ved at erfaringene i prosessen settes inn i en større sammenheng og sees i lys av den øvrige organisasjonen og daglig drift. Jeg ser likevel at det ikke er bare positive sider ved denne forutforståelsen. En utenforstående forsker i denne sammenhengen kunne fått et annet resultat ved å ha et annet utgangspunkt.

### **5.3.3.3 Etske dilemma leder og forsker**

I denne prosessen opplevde jeg ikke det å ha to roller som et kritisk punkt. Jeg fikk heller ingen indikasjoner på at kommunikasjonen og refleksjonen var hemmet eller påvirket av dette. Problemstillingen kunne oppfattes som relativt ufarlig ved at den ikke tok opp konfliktspørsmål, slik at deltakerne kunne reflektere fritt uten å berøre spørsmål med stor grad av uenighet. Deltakerne åpnet seg kanskje ikke på samme måte som hvis jeg hadde vært

kollega eller en utenforstående forsker, men jeg tror ikke det er en svakhet i denne AF-prosessen. Det kunne heller kanskje oppleves som en styrke for kunnskapsutvikling og engasjement, at jeg som leder var tilstede og reflekterte rundt praksis og viste engasjement og interesse for de ansattes hverdag.

En leder kan ofte velge lederrollen dersom de to rollene kommer i konflikt (Coghland og Brannick 2010). Jeg erfarte ikke at det ble en konflikt, bortsett fra en episode jeg har beskrevet tidligere, der en ansatt mente at det i refleksjonssamtalene var blitt rettet kritikk mot en utenforstående om at det ble gitt hjelp utover det som var avtalt. Dette kan illustrere sårbarheten i det å stille seg åpen for kritikk og tørre å være kritisk ovenfor egen og andres tenke- og handlemåter.

Det å kjenne deltakerne og organisasjonen, gav meg en mulighet til å stille kritiske spørsmål til handlinger som det ble reflektert rundt. Samtidig kunne jeg som leder se denne prosessen i et langsiktig perspektiv. Jeg flettet inn Samhandlingsreformen og dens betydning for HPH, og den enkeltes arbeidshverdag i form av nye rutiner. Slik ønsket jeg å påvirke både holdninger og kunnskap i organisasjonen.

#### **5.3.4 Kritikk**

Både Tiller (1999), Levin og Klev (2004) hevder at tiden til refleksjon er den kritiske faktoren for aksjonsforskning. Jeg har valgt nettopp fokuset på kritisk refleksjon i denne prosessen og tiden til dette har vært fastlagt på forhånd. Dette har jeg kunnet gjort fordi kravet til resultater ikke har vært tilstede på samme måte som om dette hadde vært en endringsprosess initiert av ledelsen, eller med fokus på økonomisk gevinst. At tiden til refleksjon både kan bli for knapp, eller motsatt, at det blir for mye refleksjon og lite aksjon, er begge kritiske faktorer i aksjonsforskningen. På den ene siden er dette klart en svakhet dersom en ikke sikrer kvaliteten på tiltakene før en går i gang med forskningen, på den andre siden ser jeg at aksjonsforskning ligger så nært opp til andre endringsprosesser at det kan være refleksjonene som gjør den vesensforskjellig og som fører til kunnskapsutvikling.

Tiller (1999) hevder at det kreves kompetanse og en lærende kultur for at praktikere skal kunne bli forskere. I denne prosessen har jeg initiert et aksjonsforskningsprosjekt, der både jeg som leder og forsker, samt kollegaer og medforskere, er noviser på dette området. Om

deltakerne har fått et læringsutbytte kan jeg ikke slå fast med sikkerhet, og om vi kan kalle oss forskere er vel enda mer tvilsomt. Hvorvidt kompetansen og den lærende kulturen er tilstede kan diskuteres. Om det er avsatt nok tid og ressurser til å tilrettelegge for en lærende kultur framover, er også usikkert. Og det er vel knapt en felles forståelse for hva kunnskapsutvikling og samhandling innebærer. På den andre siden har vi brukt tid på teorier, metoder, og aksjonsforskningsdesign. Vi har øvd oss på kritisk refleksjon og tatt utgangspunkt i en aktuell praksissituasjon. Derfor kan vi likevel anta at vi har gjennomført en endringsprosess der målet om kunnskapsdeling og økt samhandlingskompetanse er ett skritt nærmere.

#### **5.4 Sammenfattende analyse og hovedkonklusjoner**

Jeg har drøftet hvordan vi kan øke samhandlingskompetansen i Hjemmesykepleien gjennom kunnskapsutvikling som følge av en aksjonsbasert endringsprosess. Jeg har sett på hvordan de ansatte opplever at kritisk refleksjon har ført til kunnskapsutvikling. I et strukturelt kunnskapsperspektiv kan HPH representere en kunnskapsbeholdning som synliggjør hvordan Hjemmesykepleien håndterer utfordringene i Samhandlingsreformen. Dersom HPH betraktes fra et prosessuelt og strukturelt perspektiv, viser pasientforløpet at det er behov for samhandling i alle ledd, mens i et emosjonelt perspektiv blir det tydelig at det faglige skjønn og teften for riktige valg er vesentlig for rett behandling.

##### *Kompetanseutvikling*

For å støtte opp om kunnskapsutvikling som fremmer samhandlingskompetanse, er praksisfellesskap og kritisk refleksjon to egnede innfallsvinkler. Praksisfellesskap er en arena for kunnskapsutvikling, der det er tilrettelagt for refleksjon og samhandling. I denne endringsprosessen har sonebyttet og de relasjonene deltakerne har etablert, hatt likhetstrekk med praksisfellesskap. Utvikling av praksisferdigheter og deling av beste praksis blir en del av kunnskapsutviklingen. Kritisk refleksjon kan brukes innenfor alle disse perspektivene på kunnskap, men det synes vesentlig å anerkjenne det emosjonelle som en kilde til kunnskap for å utvikle den enkeltes ferdigheter i kritisk refleksjon. Aksjonsforskningsprosessen har vist at ansatte bekrefter viktigheten av å få arbeide med kritisk refleksjon og at dette er noe som kan føre til en bedre praksis ved at det stilles spørsmål ved tankemåter, handlinger og valg i praksis. Til sist er også deltakerne åpne for å stille spørsmål med premissene for valgene de tar, å reflektere kritisk rundt hvorfor vi gjør det vi gjør.

### *Sonebytte*

Om sonebytte er en egnet arena for å øke samhandlingskompetansen, er et spørsmål jeg har drøftet. Svaret på dette er vel både ja og nei. På den ene siden egner det seg ved at det er en kritisk fase i kunnskapsutviklingen i organisasjonen. Ved sonebytte skal ansatte bytte oppgaver og ansvarsområder, der kunnskapsdeling om pasientene blir vesentlig. Til vanlig skjer sonebytte ved at aktuelle opplysninger blir rapportert skriftlig og muntlig. Det vi har erfart gjennom denne prosessen er at å få arbeide sammen i forbindelse med sonebytte gir en mulighet for kunnskapsdeling og økt samhandlingskompetanse. På den andre siden har sonebytte som læringsarena svakheter først og fremst ved at det skjer kun en gang per år og i en kort periode. Slik fyller ikke sonebyttet suksesskriteriene for etablering av en sterk læringskultur alene, men er en viktig bit av en større arena for læring i organisasjonen. Kriteriet om tid og langsiktige prosesser blir heller ikke oppfylt ved sonebytte, men vil igjen være et bidrag i et større arbeid der strategier for kunnskapsutvikling skal utarbeides.

### *Aksjonsbasert endringsprosess*

Til sist har jeg sett på hvilke utfordringer deltakere og leder kan møte i en aksjonsbasert endringsprosess. I forhold til fokuset på tid til refleksjon blir motsatsen fokuset på effektivitet og resultater. Det er alltid en viss fare med at refleksjonene tilsynelatende ikke fører med seg resultater og dermed er bortkastet tid og ressurser. Det synes derfor å være viktig at kunnskapen om å drive slike prosesser er god, og at designet på forskningen fungerer. Det å avklare forventninger på forhånd, og ha forståelse for at resultatene ikke nødvendigvis er målbare, blir dermed viktig. At deltakerne i forskningen får utviklet evnen til kritisk refleksjon, at de får innsikt og forståelse i ulike diskurser, og hvordan de selv kan bidra til bedre samhandling, er et resultat av denne aksjonsbaserte endringsprosessen. Dette kan være en utfordring å oppnå på andre måter. Vi har i denne prosessen vist at dette kan være en vei å gå i forhold til å øke samhandlingskompetanse i Hjemmesykepleien. Å formidle denne kunnskapen videre er ikke et mål i denne oppgaven, men for Hjemmesykepleien er dette et bidrag i riktig retning når det gjelder å forstå hvordan vi som helsearbeidere kan bidra både i utforming av standarder for pasientforløp, og videre å få bedre innsikt i og kunnskap om hvordan vi samhandler og deler kunnskap.

I denne prosessen opplevde jeg ikke utfordringer i forhold til etikk og makt, men det er viktig å være bevisst de problemstillingene som kan oppstå. Det er lett å bli for nærsynt i forhold til

feltet og vanskelig å utøve den distansen en utenforstående ville ha hatt. Derfor er det viktig å presisere at funn blir tolket med dette utgangspunktet. Deltakerne kan også opptre annerledes ovenfor lederen enn de ville gjort ovenfor en ekstern forsker. Jeg tror også at deltakerne kanskje bidro ekstra i denne prosessen, ved at rollen min gav legitimitet til aksjonsforskningen. Det er altså ikke entydig negative eller positive sider ved å forske i egen organisasjon, men det er vesentlig at spesielt leder og forsker er seg bevisst disse spesielle utfordringene i gjennomføringen av forskningen og tolkingen av resultatene.

### *Oppsummering*

Jeg har vist at for å tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess, som kan styrke samhandlingskompetansen og føre til kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien, er det flere mulige fremgangsmåter. Jeg har valgt å bruke kritisk refleksjon i forbindelse med sonebytte, og ser at faktorer som tilstrekkelig med tid, og kunnskap om refleksjon som metode, blir viktige suksessfaktorer. I et større perspektiv er det viktig med felles forståelse for læring, kunnskap og kompetanse for å finne gode læringsarenaer. Å anerkjenne praksisfellesskap som viktige læringsarenaer kan være en utfordring som meg som leder ved at det krever at jeg viser tillit til at de blir brukt til det beste for organisasjonen.

## 6. Avslutning og veien videre

---

AF-prosessen i Hjemmesykepleien er avsluttet. Hva har denne aksjonsbaserte endringsprosessen ført til? Hvilke erfaringer sitter jeg igjen med som leder og forsker, og har vi oppnådd endringer som var målet for prosessen? Jeg vil forsøke å gi noen mulige svar på disse spørsmålene og se på hva vi lykkes med og hva som kunne ha vært gjort annerledes.

### 6.1 Hva var mål og hensikt

Et viktig poeng har vært dette med samhandlingskompetanse, som jeg definerte som evnen til å velge riktige løsninger ovenfor pasienten slik at det medfører rett behandling, til rett tid, på rett sted. Dette skulle videre skje gjennom aktivt samarbeid og kommunikasjon i Hjemmesykepleien.

Jeg ønsket å se på hvordan jeg kunne tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess som videre førte til økt samhandlingskompetanse og kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien. Grunnen til dette var Samhandlingsreformen og de krav den stiller til samhandling og kompetanseheving i kommunehelsetjenesten. Gjennom HPH - helhetlig pasientforløp i hjemmet, har Hjemmesykepleien lagt til grunn et pasientforløp som fordrer økt samhandling internt i Hjemmesykepleien og med andre helsetjenestetilbydere.

Ut ifra karakteristiske trekk ved Hjemmesykepleien som organisasjon, og de tjenestene helsearbeiderne utfører, valgte jeg å se på kunnskap fra flere perspektiv, der det ene ikke utelukker det andre, men inngår i et produktivt samspill. Jeg valgte spesielt å belyse refleksjon, og videre kritisk refleksjon, som hjelpemiddel i kunnskapsutviklingen. Refleksjon er også sentralt i aksjonsbaserte tilnæringsmetoder, og derfor relevant i denne sammenhengen.

Jeg lurte videre på hvilken måte de ansatte opplevde at kritisk refleksjon førte til kunnskapsutvikling. I teorigjennomgangen viste jeg til at utøvelse av helsetjenester som et resultat av kritisk tenkning kan gi økt pasientsikkerhet.

Målet med aksjonsforskningsprosessen var økt samhandlingskompetanse og bedre praksis i Hjemmesykepleien. For å gjennomføre prosessen, brukte vi det forestående sonebyttet i hjemmesykepleien. Vi ville se om vi kunne bedre praksisen rundt sonebyttet ved hjelp av kritisk refleksjon og slik oppnå kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling. Vanlig praksis er å jobbe alene ute i felten og rapportere nødvendige opplysninger over til neste vakt skriftlig eller muntlig. Dette er også praksis ved sonebytte. Helsearbeideren sørger for at alle nødvendige opplysninger om pasienten er nedfelt i journaler og det arrangeres møter for muntlig rapportering mellom de som skal forlate sona og de som skal ta over. I aksjonsforskningsperioden fikk deltakerne først gå sammen ute i felten sammen med de som skulle overlevere sona, for deretter å jobbe sammen i felten med sin nye sonepartner. Alle deltakerne leverte individuelle logger til med som forsker underveis i prosessen, og vi har hatt flere samlinger der det har vært fokus på kritisk refleksjon for å oppnå kunnskapsdeling.

## **6.2 Hva er erfaringene**

Jeg valgte aksjonsforskning blant annet fordi det har større fokus på endring som et mål med forskningen, i stedet for å forklare eller samle bevis for et synspunkt. På den ene siden forventet jeg kanskje at deltakerne i prosessen ville ha spørsmål omkring dette med hva forskningen skulle gi svar på. Tradisjonelt er forskning sett på som noe som gir svar på det vi ikke visste fra før, eller noe som beviser en antagelse. Jeg erfarte derimot at deltagerne raskt fant sin rolle i aksjonsforskningen. Jeg forklarte også at intervjuene og loggføringen ikke var det som representerte hovedfunnene ved forskningen, men at det de erfaringene og den kunnskapsutviklingen som skjedde underveis, som var hensikten med prosessen. Jeg vil ikke påstå at alle skjønnte dette, men opplevelsen fra mitt ståsted kunne tyde på at dette var vellykket. Vi fikk reflektert rundt problemstillinger i fellesskap og deltakerne gav uttrykk for positive erfaringer.

Enkelte deltakere sa at motivasjonene for å delta i aksjonsforskningsprosessen var for å hjelpe meg med oppgaven. Etter hvert uttalte de samme deltakerne at de opplevde prosessen først og fremst til nytte for egen læring og utvikling. De så også at endringsprosessen medførte forbedring av tjenestetilbudet ved at vi samtidig kvalitetssikret overgangen til nye soner.

Jeg har ønsket å legge til rette for utforskning av begrepet kritisk refleksjon. Å belyse og fremheve ulike perspektiv og påvirkningsfaktorer til egne og andres holdninger til praksis, har vært et mål for refleksjonene. Vel så mye en kunnskapsutvikling i forhold til å forstå organiseringen av hjemmesykepleie og hvem som legger premissene for arbeidet vi utfører, som å reflektere i handling ute i praksis. Jeg har vist at kjennetegn ved kritisk refleksjon er å belyse maktrelasjoner og ved det bli klar over hva som påvirker de valg vi gjør i praksis. Om vi lykkes med dette er tvilsomt, i så fall bare i begrenset grad. Målet var å legge til rette for at dette kunne skje, og det er kanskje gjort gjennom å sette i gang en prosess. Suksessfaktorer for å oppnå en god læringskultur er blant annet å legge til rette med tid og ressurser, noe vi gjorde i denne begrensede perioden. Videre er det vesentlig å opparbeide seg kompetanse i refleksjon for å utvikle kunnskap. Dette kan, som jeg har vist, bare gjøres gjennom øving og veiledning blant annet gjennom praksisfelleskap. Ved at kritisk refleksjon er en øvings sak, opplever jeg å ha hatt litt for høye forventninger til kritisk refleksjon i logger og gruppesamtaler. På den ene siden håpet jeg på mer tydelige refleksjoner i forhold til det utfordringsbildet som jeg ser i forhold til Samhandlingsreformen, og de ulike aktørene som Hjemmesykepleien samhandler med. På den andre siden ser jeg at fokuset til helsearbeiderne er hos pasienten, der den skal være.

Har vi en kritisk reflekterende praksis i hjemmesykepleien? Jeg har erfart at det er store individuelle forskjeller på hvordan helsepersonell evner å analysere, reflektere og vurdere når det gjelder aktuelle praksissituasjoner. Det å se på sin egen praksis og andres praksis i et metaperspektiv, er en utfordring som ikke alle evner å sette ord på verken skriftlig i logg eller muntlig i en gruppe. Hvorvidt det er en lederoppgave å utvikle evne og rom for kritisk refleksjon på en arbeidsplass, tror jeg vil avhenge arbeidets art. Uansett vil kritisk refleksjon være en egenskap som kan løfte kvaliteten på arbeidet. Gjennom denne prosessen har jeg fått et inntrykk av ferdighetene i kritisk refleksjon i Hjemmesykepleien. Jeg ser at arbeidet videre må bli å legge til rette for at ansatte får møtearenaer der de kan reflektere rundt utfordringer i praksis og med det styrke samhandlingskompetansen.

Selv om analyse og konstruksjon av mening er viktig i aksjonsforskning, har AF mer fokus på prosess enn analyse av eksisterende materiale. Dette beskriver godt min opplevelse av både intensjon og resultatet av aksjonsforskningen. Resultatet kan altså ikke måles eller analyseres utover å gjengi og tolke erfaringer og opplevelser som har kommet til uttrykk individuelt og i fellesskap.



Transkriberingen har vært mye arbeid, men også svært nyttig. Jeg ser at det jeg trodde ble sagt, forandrer mening når jeg får det på avstand og ned på papiret. Jeg ser også mønster i ordvekslingen og at gruppedynamikken kommer tydeligere fram. Bakdelen må være at materialet blir veldig omfattende og det er lett at mine refleksjoner om resultatet havner på steder som ikke dekkes av problemstillingen. Jeg kunne brukt samme datagrunnlag for å ha skrevet om motstand mot endring, gruppedynamikk, og ikke minst hvor ulikt de ansatte har oppfattet en del informasjon og bakgrunn for prosessen. Jeg kjenner alle deltakerne, men likevel får jeg mange nye erkjennelser av hvordan de tenker og agerer ved å lytte til dialogen og resonnementene. Refleksjonene vært svært virkningsfulle for meg, og tilsynelatende også for de andre. Ser også at dess lengre tid det går, trer refleksjonene og kunnskapsdelingen fram med større tydelighet, både i loggene og grupprefleksjonene. Avstanden i tid gir andre perspektiv enn jeg hadde tidligere. Samhandlingskompetansen er delvis beskrevet eksplisitt, og jeg opplever at denne korte intervensjonen har styrket denne kompetansen.

Det er også med et slags vemod jeg skriver om dette nå, fordi det er så lenge imellom at vi tar oss tid til slike refleksjoner, jeg kjenner sterkt på mitt ansvar som leder for å legge til rette for at dette kan bli en etablert praksis hos oss. Vi har så mange dyktige medarbeidere, men arbeidshverdagen består oftest i å få utført de praktiske oppgavene. Samtidig handler det vel også om å tørre å sette fokus på slike refleksjoner, noe som igjen avhenger av kompetansen til medarbeiderne, men kanskje aller mest til lederen.

Jeg har fått en større forståelse for sammenhengene i det å etablere HPH som en praksis. Det handler kanskje minst om strukturelle tiltak. Holdningsendringen som kreves i forhold til Samhandlingsreformen, med fokus på samhandlingskompetanse, fordrer en bredere tilnærming til kunnskapsutvikling enn den tradisjonelle. Det å bruke aksjonsforskning i dette endringsarbeidet er egnet ved at det nettopp fokuserer på den enkelte deltakers refleksjoner og kunnskapsutvikling. Slik kan dette igjen føre til en kultur for læring og kunnskapsdeling.

## 6.4 Metarefleksjon

Coghlan og Brannick (2010:119) beskriver en refleksjonssirkel som er en aksjonsforsknings sirkel med fokus på aksjonsforskningen. En metarefleksjon. Dette er en parallell syklus som spesielt er aktuell når forskningen er akademisk.

Jeg har oppdaget og erkjent behov for justeringer av problemstilling og veivalg både i planleggingen av masterskissen og i gjennomføringen av forskningen. Jeg ville nok ha gjort ting annerledes innledningsvis dersom jeg hadde begynt i dag. Svakheter ved forskningen har gradvis blitt tydeligere i takt med min kunnskapsutvikling som følge av fordypningen i teori. Dette er både frustrerende og givende på en gang, ved at det på den ene siden føles en konstant misnøye med allerede gjennomført forskning og skriving, samtidig en glede av å oppdage nye sammenhenger og utfordringer. Denne oppgaven representerer derfor den kunnskapsutviklingen jeg har erfart gjennom masterstudiet. Altså heller et bilde på hvor jeg til enhver tid befinner meg i en utviklingsprosess, enn en konklusjon på hvor langt jeg kom. Slik vil kritiske spørsmål til selve forskningen måtte ta hensyn til at dette er ment som, og har vært en individuell læringsprosess for meg, men også for mine kollegaer som representerer forskningsfeltet.

Innledningsvis var ikke læringsfokuset tydelig nok. Jeg visste ikke helt hvor jeg og deltakerne var i forhold til ønsket om egen læring. Jeg visste at dette var en læringsprosess for meg, men at aksjonsforskningen skulle involvere kritisk refleksjon og med det føre til refleksjoner rundt egne handlingsvalg, var ikke planlagt. Coghlan og Brannick (2010:103) viser at system og forsker kan ha flere innfallsvinkler til læring i aksjonsforskning (figur 7). Her opplever jeg at fokuset mitt har flyttet seg. Først tenkte jeg på aksjonsforskning som en måte å finne konkrete tiltak som kan forbedre praksis, å finne et resultat, eller et svar på oppgaven. Etter hvert vokste det fram en erkjennelse av hva aksjonsforskning kan være. Jeg hadde på forhånd lest om aksjonsforskning og hva det var, men fikk ikke nødvendig innsikt og forståelse før jeg sto med begge beina i prosessen. Det var *kunnskapen* om området som manglet før aksjonsforskningsprosessen. Forskningsfokuset har dermed dreid over fra å være distansert til et mer deltakende fokus, der jeg på lik linje med de andre deltakerne har stått i en læringsprosess. Det er derfor selve forskningen med refleksjoner, diskusjoner og praktisk

gjennomføring som har vært avgjørende for utviklingen av kunnskap om aksjonsforskning, og ikke den teoretiske kunnskapen jeg hadde på forhånd.

Jeg har opplevd at ved å avklare begrep og teorier, blir premissene og forståelsesrammen som legges til grunn for forklaringen av det som skjer i praksis tydeliggjort. I stedet for å ha et enten -eller -syn på kunnskap, og meninger i form av fasitløsninger, eksempelvis som at «kunnskap skapes ved å.....», har jeg vist at ulike kunnskapssyn kan ha et produktivt samspill, der den ene forståelsen ikke utelukker den andre. I Hjemmesykepleien som i andre praktiske sammenhenger, er årsaksforhold sjelden enten -eller. Vi kan ikke finne ett allmenngyldig svar med bakgrunn i en teori.

Det å løse praktiske utfordringer med bakgrunn i utvalgte teorier, som i denne oppgaven, kan derfor i seg selv være et paradoks, fordi nyanser og alternative løsninger kan bli avgrenset i møtet mellom teori og praksis. En teoretisk tilnærming legger rammeverket for drøftingen og refleksjonen rundt praksis, som i dette tilfellet er hvordan en aksjonsbasert endringsprosess kan bidra til økt samhandlingskompetanse og kunnskapsutvikling. Vi får belyst noen sider ved prosessen, mens andre er utenfor fokus.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg forstått mer av hvilken betydning kunnskapssyn har for hvordan endrings- og utviklingsprosesser blir lagt opp i organisasjoner. Å anerkjenne flere kilder til kunnskapsutvikling gjør at jeg opplever arbeidet som leder mindre fastlåst. Jeg har fått økt kompetanse i å legge til rette for kunnskapsutvikling gjennom arbeidet med kritisk refleksjon og tilrettelegging av praksisfellesskap, der det emosjonelle som kilde til kunnskap er medregnet. Jeg har også vist i oppgaven at det er en vesentlig kompetanse å vite når det er riktig å velge de ulike tilnærmingene. Det å balansere innsatsen mellom refleksjon og handling, kan slik bli et lederansvar.

Denne prosessen har vært både en forskningsprosess og en læringsprosess for meg. Jeg kan ikke si å ha funnet et endelig svar, men derimot har veien fram mot sluttstrek for oppgaven, på nytt ført meg gjennom teorier som har vært presentert gjennom masterstudiet. Jeg har fått brukt teoriene på praksisnære og relasjonelle spørsmål, og jeg tenker at kunnskapsutviklingen fortsetter og fortsetter i nye sykluser så lenge nysgjerrighet og kritisk refleksjon får jobbe i tospann.

## 6.5 Veien videre

Som leder kan jeg ta med meg erfaringene fra aksjonsforskningsprosessen, både i måten jeg legger opp det daglige arbeidet, og i planleggingen av større endringer fram i tid. Jeg har erfart og lært at dersom endringer skal lykkes, er det er det hensiktsmessig å la medarbeidere i større grad få være med å definere hva som er en ønsket og oppnåelig status ut ifra de krav og forventninger som stilles til tjenesten. Ved at medarbeiderne får delta i problemformuleringer, utvikling av løsninger og evaluering av resultatene, er det sannsynlig at endring skjer underveis i prosessen. Det avgjørende framover kan være at jeg som leder evner å se når denne tilnærmingen er hensiktsmessig, og videre at jeg bruker kunnskapene mine om aksjonsforskning til å argumentere for en slik tilnærming. Medarbeiderne vil også som følge av kunnskap om aksjonsforskning, kunne se når denne type tilnærming er nyttig.

Som jeg har vist i denne oppgaven, er det også kritiske røster til denne måten å drive organisasjonsutvikling. Det krever både tid og ressurser i form av kunnskap og læringsarenaer for å lykkes. Det blir derfor en suksessfaktor at både jeg og deltakerne har kunnskap om de positive gevinstene en slik aksjonsbasert tilnærming kan ha, samtidig med at vi er klar over svakhetene.

Med en balansert og praktisk tilnærming tror jeg organisasjonen vil kunne benytte en aksjonsbasert tilnærming i flere endringsprosesser framover. Det kan være et lederansvar å legge til rette for at medarbeiderne kan utvikle ferdigheter i å reflektere kritisk, videre blir det et individuelt ansvar å benytte disse ferdighetene. Kritisk refleksjon kan brukes alene og i fellesskap, for å forme et godt tjenestetilbud. Ved å anerkjenne et kunnskapssyn som involverer flere kilder til kunnskapsutvikling, kan Hjemmesykepleien som organisasjon legge til rette for en helhetlig tilnærming i å fremme kunnskap. Dette kan igjen blant annet styrke samhandlingskompetansen som jeg har definert som evnen til å velge riktige løsninger ovenfor pasienten. Dette skal medføre rett behandling, til rett tid og på rett sted, gjennom aktivt samarbeid og kommunikasjon.

Målet med denne oppgaven har vært kunnskapsutvikling for meg og medarbeiderne i Hjemmesykepleien. Vi har utviklet oss som forskere gjennom de erfaringene som deltakelse

og engasjement i en aksjonsforskningsprosess har gitt. Sekundært er målet om formidling av resultatene. Det kunne vært interessant både for meg som leder og for medforskerne å ha presentert dette arbeidet i en akademisk form i et fagtidsskrift, men også i sammenhenger der det diskuteres hvordan vi løser utfordringene Samhandlingsreformen gir i praksis.

## Litteraturliste

- Askeland, Guri Aga (2006). «Kritisk reflekterende - mer enn å reflektere og kritisere», i *Nordisk sosialt arbeid*, nr. 2, Oslo. Universitetsforlaget, s. 123-135.
- Bøe, Marianne og Thoresen, Marit (2012). *Å skape og studere endring*, Oslo. Universitetsforlaget.
- Coglan, David og Brannick, Teresa (2010). *Doing action research in your own organization*, London. SAGE Publications Ltd.
- Dreyfus, Hubert og Dreyfus, Stuart (1999). «Mesterlære og eksperters læring» i Nielsen, Klaus og Kvale, Steinar, *Mesterlære – læring som social praksis*, Oslo. Gyldendal ad Notam.
- Elkjær, Bente (2004). Organizational learning – the “third way”. *Management learning*, 35 (4): 419-434.
- Filstad, Cathrine (2010). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*, Bergen, Fagbokforlaget.
- Gotvassli, Kjell-Åge (2007). *Kunnskaps- og prestasjonsutvikling i organisasjoner, rasjonalitet eller intuisjon og følelser?* Trondheim. Tapir akademisk forlag.
- Gotvassli, Kjell-Åge og Tiltnes, Karin (2011). «Aksjonsforskning som strategi for endring», i Stene, Morten og Marnburg, Einar (red.) *Forskning i Trøndelag*, Trondheim. Tapir akademisk forlag, s. 143-163.
- Granum, Vigdis, Opsahl, Gry, og Solvoll, Betty-Ann (2012). «Hva kjennetegner kritisk tenkning», i *Sykepleien forskning*, nr.1, Oslo, s. 76-84.
- Irgens, Erik (2011). *Dynamiske organisasjoner*, Fagbokforlaget. Bergen.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Kirkevold, Marit (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*, Oslo. Ad Notam Gyldendal.
- Levin, Morten og Klev, Roger (2004). *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*, Bergen. Fagbokforlaget.
- Levin, Morten og Greenwood, Davydd J. (2007). *Introduction to action research: Social research for social change*, London. SAGE Publications.
- Nasjonal helseplan, 2007-2010.

- Newell, Sue, Robertson, Maxine, Scarbrough, Harry & Swan, Jacky (2009). *Managing knowledge work and innovation*, New York. Palgrave Macmillan.
- Norsk Helsenett (2012). *Veien frem til helhetlig pasientforløp* (Online), Tilgjengelig: <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/pasientforloepet-og-elektronisk-kommunikasjon-ved-utskrivning-fra-sykehus> (1. juni 2012).
- NOU 3, 2005. *Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste*.
- Rennemo, Øystein (2006). *Levér og lær, Aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner*, Oslo. Universitetsforlaget.
- Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*, Oslo. Universitetsforlaget.
- Schön, Donald (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker når de arbejder*, Århus. Forlaget Klim s. 51-68.
- St.meld. nr. 47, 2008-2009. *Samhandlingsreformen – Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- Tiller, Tom (1999). *Aksjonslæring – Forskende partnerskap i skolen*, Tromsø. Høyskoleforlaget. Kap. 1-3.
- Von Krogh, Georg, Ichijo, Kazuo, og Nonaka, Ikujiro (2005). *Slik skapes kunnskap*, Oslo. N.W.Damm & Søn.
- Wenger, Etienne og Snyder, William (2000). "Communities of practice: The Organizational Frontier", i *Harvard Business Review* January-February 2000, s 139-145.

## Liste over figurer

		Side
Figur 1	HPH	12
Figur 2	Ulike kunnskapssyn	19
Figur 3	Ulike kunnskapstyper	25
Figur 4	Et produktivt samspill	26
Figur 5	Aksjonsforskningsspiralen	34
Figur 6	Den aksjonsbaserte helhetsmodellen	37
Figur.7	Forsker og system	40
Figur 8	Tidslinje som viser aksjonsforskningsprosessen i Hjemmesykepleien	50
Figur 9	Læringssyklus	51



## Vedlegg

Dette ble utlevert til deltakerne ved første samling:

### Disposisjon for del I

Min rolle – student, utforskende, teste teorier

Informasjon om MKIL – Master i Kunnskaps- og Innovasjonsledelse

- HINT, HIST, CBS
- 90 studiepoeng, erfaringsbasert, godkjenning for tidligere videreutdanning, 2 år, 8.mnd., 3 semester årlig.
- Hovedfokus er utvikling av den reflekterte praktiker og det å være utviklingsagent
- ”Historiske organisasjonsmodeller utfordres av Kunnskapssamfunnets forståelsesrammer, og evnen til kritisk og konstruktiv refleksjon etterspørres som bakgrunn for beslutninger og forbedringsstrategier

Masteroppgaven – fremdriftsplan

- masterskisse juni-11
- disposisjon, veiledning november- 11
- AF- januar-februar 2012
- Skrive ut alle kapitler april -12
- Innlevering 1. september -12
- Forsvar 25. september -12

Hva jeg skal skrive om og hvorfor

- kunne ha forsket på andre bedrifter, andre avdelinger, litteraturstudier, intervju, diskursanalyse, case, osv.
- ønsket å ”gi noe tilbake”
- ta utgangspunkt i et felt jeg kjenner godt
- gjøre en forskjell, skape en bedre praksis i samarbeid med dere.

Problemstilling:

**Hvordan tilrettelegge en aksjonsbasert endringsprosess som kan føre til en kritisk reflekterende praksis og kunnskapsutvikling i Hjemmesykepleien?**

- **Forskjellen mellom kritisk reflekterende og reflekterende**
- **Hvorfor ønsker vi kritisk reflekterende medarbeidere i Hjemmesykepleien**
- **Følelser og refleksjon, kunnskapsbasert (forskningsbasert) praksis**
- **Aksjonsbasert endringsprosess**
- **Kunnskapsutvikling/læring**

Hva jeg ønsker å oppnå utover selve masteroppgaven

- utvikle kompetanse i aksjonsforskning
- bidra til en bedre praksis i Hjemmesykepleien
- at deltakerne i aksjonsforskningsprosessen opplever læring og ny innsikt i kunnskapsprosesser
- Masteroppgaven og AF-prosessen vil først og fremst være mitt læringsprosjekt, og opplevd resultat for deltakerne kan bli minimal, men forhåpentligvis en spire til videre arbeid

### Metode

- aksjonsforskning, utforskende fokus, ”reflection in action”
- kritisk refleksjon, logg, gruppeintervju, analyse

### Etikk

- tillit, taushetsplikt, psykologisk kontrakt, anonymitet
- pasientensyn (anonymiseres)
- forsker/leder

### Fallgruver/kritiske faktorer

- motivasjon
- forståelse for intensjon
- framdrift
- tilbakemeldinger

Ønsker en prosessuell og dialogbasert tilnærming, og forventer at dere

- er motivert for å reflektere kritisk ute i felten og i grupper
- bidrar til framdrift og evaluerer underveis
- har engasjement og involvering
- og jeg, tør å utfordre hverandre for å få en lærerik prosess med vekt på humor og raushet

Nå er det lov å trekke seg.

## Del II

### Mer om metode

- Refleksjonsskjema følges
- Praktisk gjennomføring
  - o 1. dag sammen med en som var på din nye sone
  - o 2. dag sammen med din nye sonepartner
  - o Reflekterer og skriver logg disse dagene og ellers når du ønsker
  - o Logg på papir eller sende meg på e-post, oppgi navn (for å kunne spørre oppklarende spørsmål, vil anonymiseres)
  - o 1. refleksjonssamling etter "1. dag."
  - o Leverer logg til meg før siste refleksjonssamling etter "2.dag"
  - o Ta gjerne kontakt underveis, vi kan justere kursen

Dato	Milepæl		
17. januar	1. samling	Jeg leder	program
23.-27. januar	Refleksjon rapport	Jeg loggfører	spørsmål
23.- 10. februar	To-spann	Reflection in action	huskeliste
31. januar	Midtevaluering gruppe	Jeg leder, jeg loggfører	refleksjon
10.februar	Slutføre logg	e-post, papir	huskeliste
14.februar	Sluttevaluering gruppe	Jeg leder, jeg loggfører	refleksjon

### Aksjonsbasert tilnærming

En aksjonsbasert tilnærming hviler på fire kvaliteter eller verdier i følge Rennemo (2007:31). Disse er:

1. AU- aksjonsbasert utforskning som ivaretar verdien av å tenke nytt og reflektere på metanivå. Dette kan profitere på et godt coach-arbeid.
2. AK- aksjonsbasert kunnskap som relateres til verdien av å skape ny kunnskap og økt kompetanse for både individer og organisasjoner.
3. AF- aksjonsbasert formidling som ivaretar verdien av å gjøre bruk av og å utvikle generaliserbar kunnskap, samt formidle resultatene av kunnskapsutviklingen til akademiske miljøer.
4. AP- aksjonsbasert produksjon som fremhever viktigheten av at aksjonsprogrammet bidrar til produksjon av høyt verdsette og dokumenterte resultater for de foretak eller organisasjoner som involveres.

### Refleksjon

Coghlan og Brannick (2010) beskriver refleksjon som å betrakte konkrete erfaringer på avstand for dermed å skape forståelse for hva disse erfaringene egentlig betydde og medførte av konsekvenser, eller en refleksjon i praksissituasjonen for å bevisstgjøre og forstå handlingen i det den skjer.

### Kritisk refleksjon (Askeland)

Kritisk refleksjon er en metode for å reflektere over egen praksis. Den bygger på en forståelse av at det eksisterer ulike former for kunnskap og at vi gjennom refleksjon kan bli mer bevisst på hvilken kunnskap vi bygger på og hvordan den påvirker våre handlinger.

#### -ulike diskurser

Diskursbegrepet kan bla. Forstås som det som tvinger fram og muliggjør bestemte uttryksmåter, bestemte tankemåter og bestemte måter å skrive på innenfor spesifikke og samfunnsmessige grenser. Ved å analysere den gjeldende diskurs, kan en også analysere makt. Når en analyserer diskursen, spør en hvilke kunnskapsstrukturer som for en periode, i et gitt samfunn, definerer eller bestemmer hva som skal sies, hvilke uttryksmåter som blir stående, hvilke uttryksmåter som regnes som gyldige og hvilke som ikke gjør det, hvilke uttryksmåter som hentes fra andre diskurser og hvilke som har innflytelse på diskursen.

Ved å analysere den gjeldende diskurs kan vi da analysere makt. En kan spørre om hvilke diskurser som har hatt innflytelse på hvordan jeg handlet? Hvilke diskurser er rådende i mitt praksisfelt? Hvilke uttryksmåter får gjennomslag, hvilke begrunnelser er gyldige, hvilke argumenter blir vektlagt på mitt praksissted?

En refleksjon blir kritisk når den har følgende to målsettinger: Å belyse maktrelasjoner og bli klar over hvilke dominerende antagelser som påvirker ens praksis.

Ved å ha et kunnskapssyn som rommer mange former for kunnskap, og at det er mange måter å forstå en situasjon på, blir en del av den kritiske refleksjonen å få fram alternative måter å se situasjonen på. Kritisk reflekterende praksis innebærer en forståelse av at det fins ulike typer kunnskap, og at en ikke kan lage regler for alle situasjoner fordi praksis finner sted i uklare, ukontrollerbare og uforutsigbare situasjoner og en bevisstgjøring av hvilke dominerende antagelser som styrer ens praksis.

Gjennom kritisk refleksjon vil en få en mer bevisst forståelse for hvordan og hvorfor en handler som en gjør. Det vil bidra til å sette ord på ens egen praksisteori. Dersom en ser at praksis ikke er i overensstemmelse med egne verdier, vil den nye erkjennelsen kunne bidra til en endring i praksis. Kritisk refleksjon vektlegger derfor også et handlingsaspekt med endring av uhensiktsmessig praksis.

### **Kunnskapssyn**

Jeg har beskrevet ovenfor at læring ofte knyttes til atferdsendring dermed ofte forstått som relativ permanent endring av atferd (Irgens 2011). Dette gjelder både på individ- og organisasjonsnivå. Irgens omtaler videre læring som prosesser som underbygger og virkeliggjør endring og mener dermed at læring i seg selv ikke nødvendigvis gir endring, men derimot forståelse og innsikt i handlingsalternativer. Læring i denne forståelsen gir altså et potensial for å ta i bruk ny handling.

Kompetanse kan defineres som evne til å reflektere i oppgaveløsningen, slik at håndteringen av oppgaven blir annerledes hvis situasjonen endrer seg (Nordhaug 2008:55). Kompetansebegrepet er også ofte definert som kunnskap, holdninger og ferdigheter (Irgens 2011:214). (Med samhandlingskompetanse tenker jeg i denne oppgaven kompetanse som er nødvendig for Hjemmesykepleien for å utvikle og gjennomføre gode pasientforløp. )

En strukturell forståelse av kunnskapsutvikling har fokus på betydningen av informasjons- og kommunikasjonsteori, Knowledge Management. Kunnskapsdeling i organisasjoner med vekt på kunnskapsspiralen og den sosiokulturelle forståelse er to andre syn på kunnskapsutvikling. Den fjerde kan være betydningen av intuisjon, følelser og estetikk - og **mestring** i praksissituasjonen (Gotvassli 2007:105). Forskjellene handler om hva som er kunnskapens natur og et viktig skille blir mellom taus og eksplisitt kunnskap.

### **Ontologi**

#### **Læring/endring**

Modell – læring Illustrerer det at læring gir et **adferdspotensial** og spørsmålet blir da videre hva som må til for å endre praksis/atferd. I forhold oppgavens problemstilling blir det da riktig å spørre om deltagerens lærdom av aksjonsforskningen og hva som kan bidra til bedring av praksis. Er det organisatoriske, strukturelle forhold (tid, ressurser) som hindrer bruk av læringspotensialet eller er det individuelle faktorer som motivasjon, lettvinthet eller annet? Potensialet for resultatforbedring er fra 0-100%.

Utfordringsbildet for helsetjenestetilbudet

#### **Refleksjonsspørsmål underveis**

- Hva har vi observert og lært av hverandre som kan bedre egen praksis?
- Hva mener dere er årsaken til bedringen?
- Hva kan være viktig å fokusere på videre?
- Hva kan gjøres for å få bedre nytte av den resterende forskningen?

#### **Refleksjonsspørsmål til slutt**

- Har dere erfart at kritisk refleksjon har ført til kunnskapsutvikling gjennom denne forskningsprosessen? I tilfelle hvordan og hvorfor?