# KJÆRLIG VEKKING – ET OMDØMMEPROSJEKT

Hvordan bidra til et mer nyansert og positivt bilde av sykehjem ved hjelp av et film - og fotoprosjekt ved å fokusere på pasientene - og på kunnskap og kvalitet

Av

Inger-Lise Lervik

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

Copenhagen Business School
HANDELSHØJSKOLEN

DANMARKS PÆDAGOGISKE UNIVERSITETSSKOLE
AARHUS UNIVERSITET

# FORORD

Ved veis ende kom altså tiden for å skrive avhandlingen, den som i begynnelsen av studiet for meg var en fjern men ruvende mastodont. Gjennom avsnitt for avsnitt har jeg reist tilbake i tid, gransket egne erfaringer og refleksjoner opp mot all den kunnskapen som er formidlet gjennom samlinger, paperskriving og selvstudium. MKL-studiet har for meg vært et kjærkomment kunnskapsløft. Jeg er derfor svært takknemlig overfor min arbeidsgiver for all støtte, oppmuntring og tilrettelegging. Jeg håper og tror det har vært lønnsomt, også for dere.

Varm takk til min familie. Til mine døtre Gøril og Idun for interessante og engasjerte diskusjoner. Til Hedda - snart 14 år - for å ha lest høyt fra artikkelsamlinger både på engelsk og norsk. Jeg kjenner ingen som så lekende lett kan forklare fenomenet *Tacit knowledge* som henne. Til min kjære Tore som tålmodig har båret bøker, hentet briller, oppmuntret når motivasjon og selvtilliten har vært lav. Takk for at du fortsatt elsker meg.

En spesiell takk til min kunnskapsrike og kloke veileder Harald Ness for uvurderlig hjelp og råd. Når jeg nå gjør opp status fra studietiden så tenker ofte på dine anekdoter som har levendegjort kompliserte teorier. Jeg vet ikke alt om Mintzberg og Morgan, men jeg har lært mye av dine gode eksempler. Om innovasjon og Li-lefsa, om at havet gir muligheter og ikke problemer, om sammenheng mellom kunst og taus kunnskap og om at en omvei kan være gylden. Jeg omformulerer Polanyi (1966) sine ord, og sier: Takk for at du har beriket mine tanker.

Så håper jeg at mine ord og mine formuleringer gjennom avhandlingen gir mening. At jeg mestrer å formidle noe av det jeg føler jeg har ervervet av ny kunnskap. En ferd på veien til å bli en reflektert praktiker.

Inger-Lise Lervik, Ellevsøya 10.august 2010.

# SAMMENDRAG

Sykehjem skal fungere som hjem og behandlingsinstitusjon for de med det aller største omsorgsbehov i en kommune. Pasientene har omfattende behov for pleie, omsorg og medisinsk behandling. I den nye samhandlingsreformen stilles det enda større krav til kommunene i forhold til å gi et forsvarlig tilbud til denne pasientgruppen. Det medfører økt behov for flere og mer kompetente medarbeidere. Samtidig sliter sykehjem med dårlig rykte og sviktende rekruttering av personell med adekvat fagkompetanse.

I Norge er det blant annet satset på å etablere undervisningssykehjem (USH) i hvert fylke. USH har som hovedmål å utvikle bedre kvalitet i sykehjemstjenestene og å øke anseelsen for faget geriatri. En kombinasjon av å forbedre et noe frynsete rykte ved og satse på mer kunnskap og bedre kvalitet. Og i tillegg vise at det å jobbe i sykehjem er givende, faglig utfordrende og interessant.

Som fagansvarlig ved et av landets undervisningssykehjem- Rokilde sykehjem i Kristiansund, begynte jeg høsten 2009 å planlegge gjennomføring av et filmprosjekt og en fotoutstilling som en del av omdømmebygging av sykehjem. Våren 2010 har prosjektet blitt gjennomført under fellestittelen ”Kjærlig vekking”. Prosjektet har hatt som mål å gi et bidrag til et mer nyansert og positivt bilde av sykehjem ved å fokusere på menneskene - pasientene, på kunnskap og på kvalitet ved *å berøre*.

Masteroppgaven er skrevet med utgangspunkt i dette prosjektet, hvor jeg har spurt om et slikt prosjekt faktisk kan bidra til dette. Jeg har tatt utgangspunkt i tre forskningsspørsmål:

1. Kreativitet. Er det mulig å identifisere innovative og kreative prosesser under utvikling av film- og fotoprosjektet?

2. Kunnskap. Hva kjennetegner kunnskap i sykehjem, og kan den kunnskapen som er nødvendig for å gi gode tjenester formidles gjennom prosjektet?

3. Har prosjektet ”Kjærlig vekking” nådd fram til tilskuerne, og i så fall på hvilken måte?

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for å få svar på forskningsspørsmålene. En kombinasjon av observasjon og gruppeintervju relatert til aktuell teori. Jeg har også brukt egne erfaringer, spesielt i forhold til forskningsspørsmål om formidling av kunnskap i sykehjem.

I løpet av besvarelsen vil jeg beskrive utvalgte situasjoner hvor kreative prosesser kan identifiseres med utgangspunkt i relevant teori. Prosesser som ved hjelp av analysen har gitt meg større innsikt i hvordan kreative ideer utvikles, omformes - forkastes og brukes.

Arbeidet med oppgaven har bekreftet mine erfaringer om at kunnskap i sykehjem er sammensatt og komplisert å beskrive på en enkel måte. Det er et høyt innslag av *tacit knowledge*. I tillegg til teknisk og faglig kunnskap, har dyktig fagpersonell i sykehjem gode evner til innlevelse og empati – eller omsorgsevne. Samtidig kan flere av kjennetegnene hos kunnskapsarbeidere identifiseres hos erfarent personell i sykehjem. Eksempler på områder som kjennetegner kunnskap i sykehjem kan visualiseres ved å fokusere på resultat i form av kvalitet. Filmen viser utvalgte scener som i løpet av de kreative og faglige deler av prosessen gir eksempler på kvalitet som synliggjort kunnskap.

Prosjektet har vist at det er mulig å berøre følelsesmessig. Noen har gitt uttrykk for å ha sett sider av sykehjem på en ny- eller annerledes måte og andre har gitt uttrykk for stolthet av å jobbe i sykehjem. Flere har sett muligheter i filmen og fotoutstillingen som utgangspunkt for diskusjon og refleksjon i utdanning og i arbeidsliv. Spesielt rundt temaene kunnskap og kvalitet, men også i etiske spørsmål. Filmen er allerede videreformidlet til flere etter forespørsler.

# Innholdsfortegnelse

FORORD ..... 2
SAMMENDRAG ..... 3
INNHOLDSFORTEGNELSE ..... 5
**DEL 1** INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING ..... 8
1.1. Epilog om kjærlig vekking ..... 8
1.2. Bakgrunn for valg av tema ..... 9
1.3. Problemstilling og forskningsspørsmål ..... 15
1.4. Oppbygging av oppgaven ..... 16
**DEL 2** TEORI ..... 18
2.1. Innledning ..... 18
2.2. Om sykehjem ..... 18
2.3. Om USH ..... 19
2.4. Omdømme, identitet og motivasjon ..... 22
2.5. Kvalitet ..... 25
2.5.1. Innledning ..... 25
2.5.2. Hva er kvalitet? ..... 26
2.5.3. Kvalitetsforskriften ..... 29
2.6. Kunnskap ..... 30
2.6.1. Innledning ..... 30
2.6.2. Kunnskapsarbeideren – en reflektert praktiker ..... 31
2.6.3. Hva er kunnskap? ..... 32
2.6.4. Strukturelt versus prosessuelt kunnskapssyn ..... 33
2.6.5. Tacit knowledge ..... 35
2.6.6. Knowledge Management ..... 37
2.6.7. *Ba* - den kunnskapshjelpende kontekst ..... 37
2.6.8 SEKI -modellen ..... 39
2.7. Kreativitet og innovasjon ..... 39
2.7.1. Innovasjon ..... 39
2.7.2. Kreativitet ..... 40
2.7.3. Kreative tankeverktøy ..... 41
2.7.4. Oppsummering ..... 44

**DEL 3** METODE ..... 46
3.1. Innledning ..... 46
3.2 Gangen i en forskningsundersøkelse ..... 46
3.3. Prosjektgjennomføring ..... 47
3.4. Noen sentrale begrep ..... 49
3.5. Induktiv versus deduktiv datainnsamling ..... 51
3.6. Nærhet og distanse ..... 51
3.7. Kvantitativ eller kvalitativ tilnærming ..... 52
3.8. Det åpne gruppeintervjuet ..... 53
3.9. Det individuelle intervjuet ..... 54
3.10. Observasjon som metode ..... 55
3.11. Forskningsetikk og etiske dilemma ..... 55
3.12. Utvalg og prioriteringer ..... 60
3.13. Utvelgelse av informanter til gruppeintervjuer- Forskningsspørsmål 1 ..... 61
3.14. Utvalg av prosesser – Forskningsspørsmål 2 ..... 63
3.15. Om informanter - Forskningsspørsmål 3 ..... 63
3.16. Oppsummering ..... 64
**DEL 4** EMPIRI ..... 66
4.1. Innledning ..... 66
4.2. Om Kristiansund kommune og Rokilde sykehjem ..... 66
4.3. Om kunnskap, kvalitet og rekruttering i egen kommune ..... 67
4.4. Om prosjektet ..... 68
4.5. Om gjennomføring av egne undersøkelser ..... 73
**DEL 5** DATAFRAMSTILLING OG ANALYSE ..... 77
5.1. Innledning ..... 77
5.2. Forskningsspørsmål 1 ..... 77
5.3. Forskningsspørsmål 2 ..... 85
5.4. Forskningsspørsmål 3 ..... 92
5.5. Uforutsette reaksjoner fra skjermet avdeling ..... 96
**DEL 6** ERFARINGER OG REFLEKSJONER. ..... 98
6.1. Innledning ..... 98
6.2. Erfaringer og refleksjoner, prosjektgjennomføring ..... 98
6.3. Erfaringer og refleksjoner, avhandlinger ..... 99
6.4. Svar på problemstillingen ..... 100

6.5. Alternativ teori ..... 103
6.6. Anbefalinger ..... 103
6.7. Tema for videre forskning ..... 106
6.8. Prolog ..... 108
LITTERATURLISTE ..... 110
FIGURER OG TABELLER oversikt ..... 114
VEDLEGG oversikt ..... 114
Vedlegg 1 Intervjuguide for gruppeintervju ..... 115
Vedlegg 2 Informert samtykke ..... 117
Vedlegg 3 Prosjektsøknad ..... 120
Vedlegg 4 Prosjektplan film ..... 125
Vedlegg 5 Avtale mellom Atlanten v.g. skole og Rokilde sykehjem ..... 128
Vedlegg 6 Informasjonsskriv, informert samtykke pasienter og pårørende ..... 130
Vedlegg 7 Forenklet taushetsløfte ..... 132
Vedlegg 8 Bruk av metaforer Spekulatorium ..... 134
Vedlegg 9 Avtale Sony Music ..... 135

# DEL 1

# INNLEDNING

## 1.1. Epilog om kjærlig vekking

Å praktisere brukermedvirkning for pasienter med reduserte sanser og svak røst er ikke for noviser, og er derfor et stadig like aktuelt tema for etisk refleksjon og faglig diskusjon. For en tid tilbake hadde vi en diskusjon på sykehjemmet om et av punktene i kvalitetsforskriften (Lovdata, 2003). Temaet var om pasientenes muligheter til å følge en normal døgnrytme. Så spurte en av de som var til stede: ”hva gjør vi da når pasienten holder på å snu døgnet, har vanskelig for å forstå forskjell på natt og dag - og må ha hjelp for å komme på rett kjøl igjen?” Magnhild, en hjelpepleier med lang fartstid og stort hjerte svarte kontant: ”Da praktiserer vi kjærlig vekking”. Begrepet ble hengende i luften en stund, før også de andre nikket samtykkende. Det er jo det vi gjør når vi lister oss varsomt inn til den gamle, stryker lett over et mykt kinn eller en rynket hånd og visker forsiktig ”har du sovet godt?”

I etterkant har jeg tenkt mye på det som ble sagt. I den lille historien ligger det taus kunnskap, empati, klokskap og kjærlighet. Hvor ofte hører vi om den virkeligheten i sykehjem? Det er mange sannheter og virkeligheter – noen skaper vi selv, noe er skapt av andre.

Masteroppgaven handler om et prosjekt. Fotoutstillingen *Livet Lever*- og filmen *Kjærlig vekking*. For enkelhets skyld, og fordi det er en dekkende betegnelse - har prosjektet samlebetegnelsen *Kjærlig vekking*, hjelpepleier Magnhilds velvalgte ord. Et ønske om at tilskuere både til utstillingen og til filmen skal bli vekket av et budskap på en varsom og kjærlig måte.

Under produksjon av filmen kom jeg tilfeldig i kontakt med en forfatter, og fikk lese ett av hans upubliserte dikt ”Draum”. Jeg spurte om tillatelse til å få bruke diktet i filmen, og han svarte følgende på e-post 26.mars.2010:

> Ei helsing frå Alf A. Sæter til Inger-Lise Lervik. Takk for gode ord om diktet "Draum". Det har aldri vore offentleggjort før no i Poesiringen. Og eg gjev deg straks lov til å bruka diktet i samband med den vakre filmtitelen "Kjærleg vekking". Det er ein titel som ber eit element av lykke i seg, synest eg. Vonar filmen gjer det same.
>
> Gode ynskje frå Alf A. S.

DRAUM

I natt
vart eg løfta opp av senga
som eit barn,
kysst
og lagt nedatt.
Eg skimta eit stumt andlet
med merke av stor kjærleik
og stor sorg.
Eg er enno ikkje gløymd

Alf A.Sæter

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

### *Om min forforståelse*

Verdens helseorganisasjon har innført begrepet 'LEON-prinsippet'– som står for laveste effektive omsorgsnivå. Omsorgstrappen eller BEON-prinsippet - beste effektive omsorgsnivå - er begreper som også blir benyttet (Stortingsmelding 47, 2008-2009). Jeg har undret meg over at det ikke kommer tydelig fram hva som kreves for å arbeide i sykehjem, og at det tilsynelatende skal ha så lav anseelse. Sykehjem er det høyeste 'trinnet' jmf. Leon-prinsippet, med pasientene som har svært begrenset evne til selv å uttrykke sine behov, har komplekse og sammensatte sykdomsbilder. Eldre med et avansert behov for medisinsk og sykepleiefaglig behandlingstilbud. Det dreier seg altså om pasienter som er prisgitt dyktige kunnskapsarbeidere i et arbeidsmiljø hvor fagpersonell har mulighet til å arbeide i et kompetansekrevende miljø. Jeg tenker at denne virkeligheten i for liten grad kommer fram, og at prosjektet kan bidra til å gjøre noe med dette. I et av forskningsspørsmålene spør jeg derfor om det er mulig å identifisere og formidle relevant kunnskap ved å fokusere på kvalitet i sykehjem. Min forforståelse av problemområdet er at:

- sykehjem har et generelt dårlig omdømme
- sykehjemsansatte har en negativ yrkesidentitet, og at det påvirker omdømmet
- det dårlige omdømmet har sammenheng med manglende kvalitet i tjenestene, og at kvalitet i tjenestene henger sammen med kunnskap
- kunnskap - også den tause dimensjonen - kan formidles ved å vise kvalitet
- at kvalitetsforskriften et godt utgangspunkt for å synliggjøre kvalitet
- en film og en fotoutstilling er gode virkemidler for å nå fram til målgruppene

Vi har forskjellig utsikt fra ulike vinduer i et hus, og kan kanskje ikke forestille oss hva den andre ser uten selv å stå i det samme vinduet. Selv da vil ikke bildet være det samme, fordi vi både tolker og påvirkes ulikt. På samme måte er synet på hvordan vi behandler våre pleietrengende eldre ulikt - og det består av mange ”sannheter”.

## *Eldreomsorg og omdømme*

Det generelle bildet av eldreomsorgen i media - og av tjenester i sykehjem spesielt - er ikke alltid egnet til å skape tillitt for brukere eller for deres pårørende. Sintef-rapporten *”Eldreomsorgen i Norge (2009): Helt utilstrekkelig eller best i verden?* konkluderer med at nordmenn er mer bekymret enn våre Nordiske naboer for å bli gamle og hjelpetrengende. Dette til tross for at Norge bruker betydelig mer ressurser enn de øvrige landene (Huseby & Paulsen, 2009). Rapporten viser at negativ pressedekning av eldreomsorgen er betydelig mer vanlig i Norge enn i våre naboland, uten at utførelse av tjenestene er spesielt forskjellig. Kan det i så fall være mer legitimt eller akseptert å framstille norske forhold spesielt negativt? Og hvis det er slik - er det mulig å bidra til å reparere et dårlig rykte med noen av de samme virkemidlene? Altså ved å fremstille tjenestene positivt. Jeg spør derfor i denne avhandlingen om det er mulig at et film- og fotoprosjekt kan ha en slik effekt. At bruk av bilder, tekst, talte ord, utvalgte scener og situasjoner i fotografi og film kanskje kan bidra til å gi et mer nyansert bilde av eldreomsorgen. I beste fall også et mer positivt bilde.

I møte med personer som uttrykker bekymring over kvalitet og tilgjengelighet på helsetjenestene, refereres det ofte til avisoppslag eller TV-debatter. Av og til er det ansatte selv forteller om uverdige forhold og lav bemanning. At det nettopp er ansatte i eldreomsorgen som ikke anbefaler nye arbeidstakere å søke jobb i denne tjenesten virker kanskje enda sterkere. På den andre siden opplever jeg at både tjenestemottakere, pårørende og tjenesteytere noen ganger uttrykker oppgitthet over det som beskrives som et urettmessig dårlig omdømme.

## *Hva med kunnskap og kvalitet?*

Det er ikke bare å gjøre krav på et godt omdømme og hederlig omtale. Kvalitet og omdømme henger sammen, enten det dreier seg om et nytt og innovativt design på et kjent produkt, yrkessjåførens evne til å levere sine varer i tide og inntakt, eller skuespillerens begavelse i å skape en troverdig karakter. I et sykehjem – som i mange andre tjenesteytende yrker - skjer verdiskapingen i møtet mellom mennesker. Det spesielle med deler av helsetjenesten i forhold

til for eksempel kundebehandling, er at tjenestemottakerne er en i særlig sårbar situasjon. I tillegg er valgmulighetene få. Mens en kunde kan gå i en annen forretning, er det som regel ikke bare å velge et annet sykehjem hvis man ikke er tilfreds med den plassen man har fått tildelt. Kvalitetsutvikling i sykehjem er heller ikke en utbredt markedsstyrt mekanisme. Brukerundersøkelser har etter hvert blitt mer utbredt, men mitt inntrykk er at det fremdeles utføres som en dyd av nødvendighet, mer enn en kilde til forbedringsarbeid.

En annen ofte sitert Sintef-rapport: ”*Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*” viste at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom bemanning og kvalitet (Paulsen, Harsvik, Halvorsen & Nygård, 2004). Undersøkelsen avdekket nemlig ingen indikasjoner på at det er en sammenheng mellom økt pleiebemanning og økt kvalitet. Noen av de faktorene som påvirket kvalitetsøkning viste seg i denne undersøkelsen å være knyttet til arbeidsmiljømessige forhold, kompetanseutvikling, gjensidig kollegial veiledning og samarbeid med pårørende og andre. OECD-rapporten Health at a Glance (2009) viser også Norge ligger på topp i brukte helsekroner, men ikke i kvalitet.

Hvorfor virker det da som om det nesten er et ensidig fokus på bemanning i relasjon til kvalitet? Jeg har reflektert over dette spørsmålet som tilsynelatende er så etablert i debatten. Ingen forventer vel at en pølsebu skal heve seg til en gourmetrestaurant bare det tilsettes flere folk. Det er til sammenligning en logisk brist i at eldreomsorgen skal yte bedre tjenester kun ved å få *flere hender* i arbeid.

Et omdømmeprosjekt, uansett intensjoner - kan neppe snu en omfattende og problematisk situasjon. En helt ny undersøkelse som ble offentliggjort 1.juli 2010 viser at kun 4 % av nyutdannede sykepleier ønsker jobb i sykehjem (Dagbladet.no 4/7-2010). Årsakene er sammensatte, og det hjelper sannsynligvis ikke saken at ansatte i sykehjemmene ’bidrar’ med å snakke negativt om egen arbeidsplass. Leserkommentarene i tilknytning til Dagbladets artikkel sier også sitt om ulike oppfatninger. En som kaller seg ”Robin Hood” skriver: ” I dag er det null stimulanse for de som bor på et sykehjem, det går igjen over det faglige miljøet når det eneste man må konsentrere seg om er tiss, bæsj, dusj og mat.”

En annen som kaller seg ”Psilly” kommenterer artikkelen på følgende måte:

> ”Jeg jobbet faktisk på et sykehjem i min ungdom - på en såkalt "tung" avdeling. Det jeg husker fra den tiden er lav lønn, ugunstige arbeidstider, null opplæring og mange tunge løft. Hadde det ikke vært for at noen få av de som bodde der var både hyggelige

> og takknemlige hadde jeg sluttet enda tidligere. Dersom situasjonen ikke har forbedret seg siden den gang forstår jeg godt at folk søker seg til andre arbeidsplasser."

Signaturen "Morten Løvlie" går enda lengre: " Det er tanker som dette som nærmest gir meg lyst til å ta selvmord hvis jeg ender i en situasjon hvor jeg blir avhengig av å bo på et sykehjem. Heldigvis er det forhåpentligvis fremdeles en god del tiår til." Og han fortsetter: " Det virker uansett som om den eneste veien ut av et sykehjem er i en likkiste. Hvorfor ikke spare seg selv for uker med lidelse i form av å ligge i sin egen avføring og sove på gangen i mangel på ledige rom?"

Selv om diskusjonstråden er lang, kan jeg ikke påstå at den er representativ for folks oppfatning. Uttalelsene gir likevel et inntrykk som bekrefter at et dårlig rykte eksisterer.

Våren 2010 gikk det også diverse diskusjoner i nettforum og sosiale medier. Flere enkelthendelser dannet trolig en bakgrunn for dette. Etter det jeg kunne oppfatte dreide det seg i et tilfelle om en gammel kvinne som blir hjemsendt uten å få sykehjemsplass. Et annet arnested for diskusjon omhandlet et fengsel som nylig var åpnet i en by på Østlandet. Her fikk fangene både flislagte bad og flatskjerm på rommene sine. Diskusjonstråder som: "Sett de gamle i fengsel" dukket opp på flere nettsteder, blant annet i blogger og på facebook:

> La de gamle settes i fengsel og de kriminelle på pleiehjem. De gamle vil da få varm mat, tilgang til bad, hobbyer og å gå tur. Ingen vil rane dem, og de får penger i stedet for å betale for seg! De kriminelle kan få kald mat, ingen penger, være helt alene, bli slukket lyset for kl.20.00 og få dusje én gang i uka. (Klippet fra en facebookside)

En tragikomisk vri, og kanskje ikke så rart at slike diskusjoner oppstår. Likevel opplevdes det nokså merkelig at flere av de som ga uttrykk for støtte til "erklæringen" selv var kunnskapsrike og omsorgsfulle fagpersoner. Noen hadde jeg nettopp hatt med i gruppeintervju i forbindelse med denne masteroppgaven. Til tross for den humoristiske vinklingen vil jeg anta at det ville ha vært utenkelig for mange andre yrkesgrupper å snakke seg selv *ned* på denne måten. Jeg spurte derfor debattantene om de mente at fengselsbetjenter var mer skikket til å gi tjenester av god kvalitet til gamle og pleietrengende enn fagpersonell i sykehjem. Interessant nok fikk jeg svar som at innsatte har rettigheter som pasienter ikke har.

Vel, vi har kvalitetsforskriften. Flere i min lille uhøytidelige spørrerunde svarte at de aldri hadde hørt om den, til og med utdannet fagpersonell. Forskriften som skal sørge for at pasienter får omsorg av god kvalitet, gitt med respekt, nærhet, vennlighet og empati. En forskrift som er omstritt fordi noen mener den ikke går langt nok i å sikre rettigheter. Etter mitt syn er den mer enn god nok, problemet er at den ikke er godt nok kjent, diskutert,

reflektert over, og ikke minst – tatt til etterretning på lederhold ved at den enkelte ansatte blir ansvarliggjort.

## *Hva med kunnskap og kvalitet i relasjon til omdømmet?*

Jeg vil komme nærmere inn på kvalitet i sykehjem i kapittel 2.3.2., og nevner derfor bare her at det er ikke er lett å bli enige om en overordnet standard. Noen indikatorer kan likevel være til hjelp. På samme måte er det vanskelig å sette ord på den kunnskapen som er nødvendig for å gi god omsorg, men det betyr ikke at den ikke finnes. Inntrykket er heller at ferdigheter og kunnskapsfokus mer er knyttet opp til tekniske prosedyrer, og ikke så mye til det mellommenneskelige, som det å gi god omsorg. Eller kanskje at det ligger mer prestisje i å gjennomføre kompliserte prosedyrer, enn å gi grunnleggende omsorg og pleie av god kvalitet.

Ved alle sykehjemsavdelinger bor det pasienter med demenssykdom, sansetap og kommunikasjonsproblemer. Det å lese disse menneskenes behov er arbeidsoppgaver som ikke umiddelbart kan settes opp på ei sjekkliste, eller nedfelles i en prosedyre. Kan betydningen av slik kunnskap være mindre påaktet fordi også de som innehar den strever med å sette ord på den?

## *Omdømmeprosjekt- om å reparere et dårlig rykte*

I forberedelsene med masteroppgaven var jeg opptatt av å bruke flere virkemidler for å vise det unike i å arbeide så nært inn på det syke og sårbare mennesket. Jeg ønsker at flere skal se det jeg ser, ved å stå ved siden av meg på min utkikkspost, og se gjennom det samme ontologiske vinduet. Jeg vil vise noe av den kunnskapen som manifesteres i møtet med den syke og pleietrengende, i møtet med pårørende og i samspill mellom kolleger. Tanken om å benytte flere virkemidler leder inn på det neste forskningsspørsmålet. Hvis det å bli 'kjærlig vekket' kan innebære og se noe på en ny måte- vil jeg anta at nettopp de kreative prosessene som ligger til grunn er sentrale. En ting er fornuften, det å vise til forskningsrapporter som viser at svært mye som kan bli bedre i norsk eldreomsorg og i norske sykehjem, men hvordan formidle også det som er fint? De gode øyeblikkene, levende mennesker, kvalitet og kunnskap slik at man berøres? Forskningsspørsmål 2 er derfor om de kreative prosessene i prosjektet kan identifiseres. Hvordan synliggjøre kunnskap i sykehjem, og i hvilke situasjoner bør den gjøres tydelig? Kunnskap i sykehjem har i seg selv har knapt noen hensikt dersom den ikke fører til bedre kvalitet. Jeg har derfor forsøkt å formidle kunnskap som et kvalitetsfremmende virkemiddel.

## *Innovasjon og kreativitet*

Masteroppgaven handler om et konkret – og det jeg vil karakterisere som et innovativt prosjekt. Det er første gang egen organisasjon samarbeider med en ungdomsbedrift, og første gang det blir gjort en slik type prosjekt. Valget om å bruke film- og foto som virkemidler er en utradisjonell måte å arbeide med forbedringsoppgaver på, i alle fall for de sykehjemmene jeg kjenner til.

Kreativitet, innovasjon og i det hele tatt et forsøk på å tenke nytt har vært utgangspunktet for min motivasjon, og en drivkraft i gjennomføringen. I det å tenke innovativt - ligger det å tenke nytt. Prosjektet i seg selv har dessuten en kreativ tilnærming også i arbeidet med scener og situasjoner for film og fotografier.

## *Kjærlig vekking*

Filmproduksjonen og fotoutstillingen har for enkelhets skyld fått fellesbenevnelsen ”Kjærlig vekking”. Fotoutstillingen heter ”Livet lever” og viser pasienter med levd liv, i et liv som fortsatt lever, med egen identitet og integritet intakt. Forsøkt vist som hele mennesker, ikke bare pasienter.

Filmen viser også pasienter i sykehjem, og er produsert etter inspirasjon fra nettopp punktene i kvalitetsforskriften, noe som ikke var tatt med i den opprinnelige planen. I utgangspunktet hadde jeg bare skissert at filmen skulle vise fagpersonell i ulike situasjoner som illustrerte kunnskap. Gruppeintervju med erfarent personell om kunnskap - foretatt i forbindelse med masteren bidro til denne vinklingen. I tillegg har også nettdebattene *om å sette de gamle i fengsel* ført til et ønske om markere av sammenhengen mellom kunnskap og kvalitet mer tydelig. Til sammen en kreativ prosess som også innbefatter et forsøk på å revitalisere kvalitetsforskriften.

For et par år siden samarbeidet jeg med en regissør i forbindelse med et ”kick-off seminar” på egen arbeidsplass. Hun var leid inn fordi jeg har gode erfaringer med å arbeide sammen med mennesker som har en annen erfarings- og yrkesbakgrunn. De kan gjerne hjelpe til med å bringe inn nye tanker. Hun bidro med mange nye og uvante tanker og sammenlignet det å arbeide i et sykehjem med det å stå på en scene: ”for å prestere vårt beste må vi være *tilstede*, ikke bare med hode eller hender, men med hele vår bevissthet. Vi må ha mot til å sette oss inn

i andres livsverden, vi må tørre å være hele mennesker." Hun sa videre noe som har blitt en rød tråd i prosjektet, en tanke jeg har forsøkt å holde fast ved underveis:

***Du kan ikke begripe uten å ha blitt grepet***

Ingrid Forthun, 2008

Gjennom prosjektet "Kjærlig vekking" har jeg hatt et ønske om å formidle sykehjem som hjem og som arbeidsplass på en måte som berører. I oppgaven vil jeg forsøke å beskrive noen utvalgte områder fra erfaringer av prosjektet. Blant annet om kreativitet og om kunnskap – og refleksjoner rundt det å gripes - og om det å begripe.

Planen var å gjøre et omdømmeprosjekt, og spørsmålet ble hvordan. Hvilke virkemidler kunne jeg bruke? Jeg har en kollega som er instruktør i Marte Meo metoden. Marte Meo betyr «av egen styrke» og er en kommunikasjons- og relasjonsorientert metode for rettledning og behandling av omsorgspersoner ved hjelp av dialog. Ved hjelp av korte videoopptak (2-3 minutter) vurderes samspillet mellom to eller flere personer (Hatløy og Alnes 2007).

Instruktøren filmet en omsorgsperson, en hjelpepleier i et sykehjem i relasjon med en pasient med demenssykdom, i flere sekvenser. I følge min kollega var det ikke så mye positivt å identifisere på de første opptakene. I slike tilfeller gis det generell informasjon om hva som er faglig bra i samspillet med pasienten. Etter hvert ble det registrert stadig flere gode øyeblikk i relasjonen mellom pleier og pasient. Ved felles gjennomsyn av det siste opptaket brøt pleieren sammen i gråt. Hun ble der og da oppmerksom på hvordan hennes tidligere mangel på kompetanse hadde påvirket pasientens tilstand. Hun bebreidet seg selv med: "Hva er det jeg har gjort? Hvorfor har jeg ikke sett det jeg ser nå tidligere?"

Egne erfaringer, samt denne og andre historier åpnet for tanken om at film og foto kunne være velegnede og spennende metoder å formidle et budskap på. Jeg bestemte meg derfor for å gjennomføre et omdømmeprosjekt basert på disse virkemidlene. Erfaringer for arbeidet med blant annet scenevalg vil bli behandlet i forskningsspørsmål 2.

## 1.3. Problemstilling og forskningsspørsmål

Jeg har kalt arbeidet med produksjon av film og fotoutstilling et "Omdømmeprosjekt". Jeg er faktisk ikke helt sikker på om jeg liker begrepet. Selv får jeg assosiasjoner til kommersielle bedrifter som skal overbevise potensielle kunder om sin forretningside – eller sine varers spesielle fortreffelighet. Problemstillingen har fått følgende tittel:

**Hvordan bidra til et mer nyansert og positivt bilde av sykehjem ved hjelp av et film - og fotoprosjekt ved å fokusere på pasientene - og på kunnskap og kvalitet?**

I tittelen ligger det en optimisme, som at det faktisk er mulig å påvirke til et bedre omdømme, og spørsmålet er *hvordan*. Jeg sier også at jeg vil fokusere på pasientene. For å bruke et noe forslitt uttrykk, så ønsker jeg å gi de et ansikt. Det jeg mener er å ta et skritt bort fra det instrumentelle, som at pasienten kun er et problem og en arbeidsoppgave. Jeg vil at nettopp ansiktene skal komme til syne, og at menneskene bak pasienten skal vises fordi det er de vi skal utøve våre tjenester til. For å få svar på problemstillingen har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

1. **Hva kjennetegner kunnskap i sykehjem, og kan den kunnskapen som er nødvendig for å gi gode tjenester formidles gjennom prosjektet?**

Hensikten med spørsmålet er å vise kunnskap i relasjon til kvalitet i et omdømmeperspektiv.

2. **Kreativitet. Er det mulig å identifisere innovative og kreative prosesser under utvikling av film- og fotoprosjektet?**

Hensikten er å besvare noe av problemstillingens *hvordan* ved å bruke eksempler fra det kreative utviklingsarbeidet.

3. **Har prosjektet "Kjærlig vekking" nådd fram til tilskuerne, og i så fall på hvilken måte?**

Hensikten med spørsmålet er å forsøke og svare på problemstillingens *'om det er mulig'.*

## 1.4. Oppbygging av oppgaven

Selve masteroppgaven omhandler utvalgte prosesser i dette prosjektet. Jeg vil ved hjelp av egne undersøkelser, teori, erfaringer og notater gjort underveis forsøke å svare på problemstillingen, og forskningsspørsmålene som skissert her:

**Forskningsspørsmål 1.** Her har jeg gjennomført en kvalitativ undersøkelse, ved bruk av gruppeintervju med erfarent personell for å identifisere kunnskap som oppfattes som spesiell for fagpersonell i sykehjem. Ved hjelp av teori om kunnskap, og spesielt 'tacit knowledge' vil jeg forsøke å finne ut av om noe av den sykehjemsspesifikke kunnskapen kan formildes gjennom prosjektet.

**Forskningsspørsmål 2** forsøkes besvart ved å reflektere over erfaringer i prosessen med utgangspunkt i relevant teori. Notater fra møter, egne refleksjoner og diskusjoner med mere er utgangspunkt for analysedelen.

**Forskningsspørsmål 3.** For å svare på det siste spørsmålet har jeg foretatt observasjon av reaksjoner på flere visninger av både film og fotoutstillingen, samt oppfølgingsspørsmål med enkeltpersoner under fotoutstilling - eller like i etterkant av visning av film.

**I kapittel 2** har jeg valgt å presentere nettopp de sentrale hovedtemaene: kreativitet, kunnskap og refleksjon. På grunn av at oppgaven bygger på konkrete prosesser i forbindelse med et omdømmeprosjekt, har jeg også valgt å gi en kort teoretisk presentasjon av noen relevante begrep, nemlig: omdømme, identitet og motivasjon. Innledningsvis har jeg gitt en generell presentasjon av sykehjem og en kort presentasjon av undervisningssykehjem (USH).

**I kapittel 3** presenteres metodedelen i oppgaven. Jeg har valgt å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse i forhold til forskningsspørsmålet om kunnskap i sykehjem, hvor jeg har foretatt gruppeintervju av helsepersonell. I tillegg til teori har jeg også i forhold til alle tre forskningsspørsmålene gjort bruk av notater og observasjoner gjort underveis i prosjektet.

**I kapittel 4** presenteres det empiriske feltet. Jeg har valgt å redegjøre for prosjektet og å gi en kort beskrivelse av egen organisasjon, Kristiansund kommune og egen arbeidsplass, Rokilde sykehjem - og om roller i forhold til tema for avhandlingen. Deretter gis en mer utførlig presentasjon av selv omdømmeprosjektet.

**I kapittel 5** diskuteres forskningsspørsmålene med utgangspunkt i teori fra kapittel 2, egne funn, erfaringer og observasjoner. Et avsnitt om uventede funn er i tillegg tatt med.

**I kapittel 6** vil jeg vurdere hvor vidt jeg har lykkes med å svare på forskningsspørsmålene, og å reflektere over oppgaven i sin helhet. Til sist har med en prolog som beskriver noen for meg interessante assosiasjoner.

# DEL 2

# TEORI

## 2.1. Innledning

Begrepet teori beskrives gjerne som en forenkling av virkeligheten (Jacobsen, 2005). En slik forenklet virkelighetsbeskrivelse kan danne utgangspunkt for empiriske undersøkelser. Teori er valgt ut i fra relevans og tema. Relevans betyr her at jeg ønsker å presentere teori som gjenspeiler forskningsspørsmålene, men også teori som gir resonans i egne erfaringer.

Jeg har valgt å starte med en kort presentasjon av sykehjem og deretter av USH som egen organisasjon Rokilde sykehjem er, og hvor også altså prosjektet har blitt gjennomført.

Videre kommer en kort beskrivelse av begrepene omdømme, identitetsfølelse og motivasjon. Hoveddelen i kapitlet omfatter teori om kvalitet, kunnskap og kreativitet.

Når det gjelder selve kunnskapsbegrepet har jeg lagt spesiell vekt på begrepet taus kunnskap, eller heller *tacit knowledge.* Jeg har dessuten valgt å gi kortere presentasjoner av ulike kunnskapsbegrep og metoder for kunn*skaping*, samt noe om utveksling av kunnskap.

## 2.2. Om sykehjem

Sykehjem er de institusjonene i Norge med størst antall brukere/pasienter med i underkant av ca 35 600 plasser for pasienter med behov for heldøgns pleie og omsorg per 2005 (ssb.no, 2010). Behandling av sykdom er den primære målsetting. Det innbefatter også langtidsbehandling av kronisk sykdom som ikke kan behandles og tas hånd om på en forsvarlig måte på lavere omsorgsnivå. Ca 80 % av pasienter har kognitiv svikt (Nygaard, 2002).

Begrepet sykehjem dukket opp i ca 1955, og var ment å gi et tilbud om medisinsk behandling og faglig omsorg og til gamle syke og pleietrengende, og ikke bare et ”forpleiningstilbud”. Til tross for flere stortingsmeldinger, nasjonale føringer og vektlegging på bredere og mer avansert behandling i sykehjem, er det i følge Nygaard (2002) lite som har skjedd:

> Sykehjemmene fungerer i stor grad fortsatt som langtidsinstitusjoner med lav aktiv medisinsk innsats. Hvilke faktorer som til sjuende og sist har vært drivkraften i dette lammende spillet, kan man bare spekulere på. Men manglende interesse fra tyngre medisinske miljøer har helt sikkert vært av betydning. Pasienter med kroniske lidelser, og da særlig eldre, har aldri hatt noen stor appell i det medisinske miljø.

Selv om bemanningen består av flere med mere fagkompetanse enn tidligere, så er debatten om styrket legedekning i sykehjem høyaktuell. Samtidig må kommune-Norge forholde seg til *Samhandlingsreformen* som ble vedtatt 27.april 2010. Norge er det landet i verden som bruker mest penger på helse, uten at resultatene står kvalitetsmessig i forhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Regjeringen mener at manglende samhandling mellom sykehusene og kommunene er hovedårsaken til for lav effektivitet. Samhandlingsreformen skal styrke dette samarbeidet, og for kommunene betyr det at flere pasienter vil få avansert medisinsk behandling i sykehjem.

Modernisering av offentlig sektor fra 90-tallet, medførte en dreining mot markedsstyring og markedslignende organisering. Tradisjoner fra privat virksomhet, kjent som New Public Management (NPM) har endret strategi og struktur for både organisasjoner og ledelsesform. En effektivisering som i stor grad har søkt å redusere det offentlige hierarkiet mot en flatere ledelsesstruktur (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo, 2001).

For sykehjemmene generelt har NPM medført endring for brukerne fra en statisk pasientrolle til mer dynamisk forbrukerrolle. Økt innflytelse ved pasientrettighetslover, klageadgang og rett til brukermedvirkning er eksempler på denne dreiningen. En negativ konsekvens er at lederen kan bli for ensidig opptatt av den økonomiske siden av driften, og at det kan gå på bekostning av pasientens behov og kvaliteten på tjenestene (Nakrem, 2004).

Den flate strukturen innebefatter at ledere skal motivere og påvirke sine ansatte, for at de igjen skal ta mer ansvar. Men i følge Andersson-Felé (2008) - som har gjennomført forskning på flat struktur i eldreomsorgen i Sverige - har strategien vært feilslått. Tjenestene er fortsatt gjennomsyret av det hun kaller de gamle hierarkiske strukturene. Det igjen betyr at ansatte fortsatt forholder seg til sin leder som sjef- og forventer å bli fortalt hva de skal gjøre. Undersøkelsen viser at denne type tjenester ikke er moden nok for å mestre enn slik organisasjonsform, enten det beror på lederne selv eller ansatte. Undersøkelsen *Leda lagom många,* (Andersson-Felé) konkulderer ikke med et eksakt antall, og det kommer an på lederens modenhet og egenskaper. Men hun mener likevel at det en smertegrense ved ca 25-30 ansatte.

## 2.3. Om undervisningssykehjem

Prosjektet er gjennomført ved Rokilde sykehjem som er et undervisningssykehjem. Undervisningssykehjem (USH) har en spesiell rolle i forhold til andre sykehjem i egen

nedslagskommune - og hjemfylke. I det videre skal jeg gi en kort presentasjon av USH, historikk, organisering og mål.

**Historikk og organisering.** Da det i USA ble det etablert et Teaching Nursing Home Program (TNHP) i perioden 1982 til 1987- var det nettopp med utgangspunkt i skandaleoppslag og dårlig omdømme av sykehjem. En av de som rystet amerikanerne var forfatteren Bruce Vladeck da han i 1980 utga boka "Unloving care: The Nursing Home Tragedy" (Bronner, 2004). Idéen med TNHP var å heve kvaliteten på eldreomsorgen ved å etablere et forpliktende samarbeid mellom sykehjem og sykepleierhøgskoler. Noe lignende hadde tidligere vært gjennomført ved at utvalgte offentlige sykehus inngikk partnerskap med medisinske fakulteter.

Til tross for ulike problemer, både av økonomisk og administrativ art - viste en evaluering av TNHP flere oppsiktsvekkende forebedringer. Blant annet en reduksjon på over 20 % av liggesår og inkontinens. Videre reduksjon i bruk av beroligende medikamenter og færre innleggelser i sykehus.

Idéen bak de første USH i Norge ble konkretisert i nasjonalt geriatriprogram i 1996. Hensikten var den samme som i USA, nemlig å heve kvaliteten på tjenestene ved å knytte sammen høgskoler/universitet og sykehjem.

De første USH-prosjektene ble etablert i universitetsbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø i 1999, og ordningen ble permanent fra 2004. Det er nå etablert et USH i alle landets fylker. Helsedirektoratet har besluttet at det ikke skal være mer enn ett USH i hvert fylke. I tillegg ble det fra høsten 2009 etablert undervisningshjemmetjenester (UHT) i alle fylker (www.undervisningssykehjem.no 2010).

**Mål** Undervisningssykehjemmene skal bidra til økt kvalitet i den kommunale eldreomsorgen gjennom å heve og sikre kvaliteten på pleie- og omsorgsarbeidet i sykehjem og ved å løfte geriatrisk omsorgsarbeid opp på et høyt faglig nivå. Målene oppsummeres slik:

- heve omsorgsarbeidets faglige prestisje
- bedre rekrutteringen av fagpersonell til sykehjem
- etablere et akademisk miljø på sykehjem
- utvikle gode praksis- og læringsmiljøer for studenter/ elever som tar helsefaglige grunn- og videreutdanninger (www.undervisningssykehjem)

USH har altså en viktig oppgave i å skape et bedre omdømme i sykehjem. Helsedirektoratets kvalitetsstrategi ”Og bedre skal det bli” beskriver sentrale kjennetegn for god kvalitet med følgende modell:

*Figur 1. Helsedirektoratet, 2005.*

**Veien videre**. Våren 2010 sendte Helsedirektoratet ut et høringsutkast for ny strategiplan for perioden 2011-2015 (Hdir, 2010). I planen ligger det til dels tydeligere – men også nye føringer for hva som forventes av *utviklingssentraene* (US), som blir den nye fellesbetegnelsen for USH og UHT. Det å være et enkeltstående sykehjem eller hjemmesykepleietjeneste vil utgå til fordel for å være utviklingssenter for alle omsorgstjenester i hele kommunen.

Høringsnotatet presiserer et stadig økende behov for kvalifisert personell. Som beskrevet over var det et av insitamentene for at USH i sin tid ble etablert, og dermed ikke noe nytt. Noe av det som likevel skiller seg fra den gjeldende strategiplanen er kravet om *å holde orden i eget hus*. Nå er det ikke lenger tilstrekkelig *å være* et undervisningssykehjem. For at status skal opprettholdes må organisasjonen vise tydelige resultater.

Nytt er også det at det stilles et mye tydeligere krav til kunnskapsbasert praksis (KBP), som er kunnskap i en kontekst basert på erfaring, forskning og brukerkunnskap (Kunnskapsbasert praksis, 2010).

Samtidig med at det legges nye planer for USH/UHT eller også den nye fellesbetegnelsen Utviklingssentra (US)- skjer det andre endringer i forhold til sykehjemsbegrepet. I Sverige er

begrepet sykehjem helt fjernet, noe som hevdes å ha medført en vitalisering av eldreomsorgen (Ottestad, 2010). Flere norske kommuner har også valgt å kvitte seg med begrepet sykehjem, som for eksempel Trondheim kommune hvor korttids - og behandlingsplasser har fått betegnelsen Helsehus, og de ordinære langtidsplassene for Helse- og velferdssentra.

## 2.4. Omdømme, identitet og motivasjon

”Kjærlig vekking” er altså et omdømmeprosjekt. Årsaken er at jeg ønsker at prosjektet skal bidra til å være en liten motvekt - og gi et noe mer positivt bilde av sykehjem enn det som ofte blir presentert i media.

Selve avhandlingen dreier seg ikke om omdømme som fenomen, men om ulike prosesser i forbindelse med prosjektet. Jeg tenker det likevel er naturlig å gi en kort presentasjon av begrepene omdømme, identitet og motivasjon da det danner et bakteppe for valg av prosjekt, men og i forhold til forskningsspørsmålene.

En vanlig definisjon av omdømmebegrepet er i følge Johannessen, Olaisen og Olsen (2009:24): ”Summen av de forestillinger eksterne og interne interessenter har om virksomheten” Forfatterne mener at det er tre faktorer som bestemmer en virksomhets forvaltning av eget omdømme, nemlig *omdømmestyring*, *kommunikasjonsstrategi og det personlige omdømmet*. I det første ligger evnen til å tenke strategisk på virksomhetens omdømme, at det finnes indikatorer på hvor godt bilde det er av virksomheten. Det innebærer at omdømmet kan måles og beskrives som omdømmekapital på lik linje med andre av virksomhetens verdibeholdninger.

Kommunikasjonsstrategi, omhandler hva som blir formidlet til omverdenen - og på hvilken måte. Og de viktigste formidlerne er virksomhetens ansatte, som igjen er ambassadører for organisasjonen gjennom det personlige omdømmet.

Måten vi ser organisasjonen på er i følge Morgan (2004) konstruert. Vi ser det vi tenker at vi skal se. Han viser til Albert Einstein (1879-1955) som skal ha sagt at den teorien vi bruker for å observere en situasjon med, bestemmer hva vi observerer. Morgan hevder at vår oppfatning av virkeligheten påvirkes av det perspektivet vi betrakter i, og at vi har en tendens til å finne det vi leter etter.

Identitet henger sammen med omdømme, og defineres som en bevissthet om hvem man selv er i relasjon til andre (Rørvik, 1998). Det å sammenligne er derfor sentralt. Man kan sammenligne seg med noe man ønsker å ligne, både som individ- og som organisasjon. Mens man på den andre siden gjerne ønsker å ta avstand fra personer eller organisasjoner man ikke vil bli sammenlignet med- eller som man ikke ønsker å identifisere seg med.

I møte med pårørende oppleves av og til at ryktet om - eller omdømmet av et sykehjem har gått foran innleggelse av pasienten. Enkelte ganger har ryktet et positivt tilsnitt ved at noen kan ha hørt at det er en trivelig avdeling – mens det andre ganger kan være rykter om at den samme - eller en annen avdeling ikke holder god nok kvalitet. Uttalelser som dette har også kommet fram i sammenheng med evalueringsstudier og gruppeintervju med pårørende ved egen arbeidsplass. For eksempel Eines, Wirum og Aass (2006) Eines og Olsen (2008) Eines og Lervik (2010).

I forbindelse med presseomtaler av sykehjem kan kanskje hendelser ved en enkelt institusjon føre til forringet tillit i befolkningen. Oppslag i pressen om uheldige og eller kritikkverdige episoder på et sykehjem er gjerne svært alvorlige, noen ganger med fatale konsekvenser. Av og til kan det være alvorlig omsorgssvikt, grov tjenesteforsømmelse eller andre uverdige omstendigheter.

I forhold til omdømmeprosjektet vil det også være illusorisk å tenke seg at en liten film på noen få minutter eller en fotoutstilling - skal kunne endre folks generelle oppfatning av sykehjem. Likevel kan det hende at ansatte bli mer oppmerksom på det som innleder dette avsnittet, nettopp at et omdømme – som Morgan (2004) skriver - kan konstrueres.

## *Motivasjon i et kunnskapsperspektiv*

Innledningsvis beskrev jeg et ønske om å formidle et budskap som ikke kun skal søke å gi et mer positivt bilde av sykehjem overfor pasienter og pårørende. Målet var også at ”Kjærlig vekking” skulle gi et mer attraktivt inntrykk overfor eksisterende og nye arbeidstakere ved å understreke betydningen av *kvalifisert* personell. Jeg har erfart at kolleger i sykehjem har et ønske om å bruke seg selv, sin kunnskap og sine ferdigheter i sykehjem. I forskningsspørsmål 1 spør jeg erfarent personell om kunnskap, og om hvordan den kommer til uttrykk. Filmens sentrale budskap var å vise kvalitet gjennom kunnskap i sykehjem. Noe som medførte et behov for å legge større vekt på vinklingen av sykehjem som kunnskapsorganisasjoner, og

ansatte som kunnskapsarbeidere. Både for bevisstgjøring av kunnskapsbegrepet og med tanke på kunnskap som en attraktiv motivasjonsfaktor.

Jeg vil begynne med å illustrere kunnskap i et motivasjonsperspektiv med en historie fortalt i et foredrag av forfatter og 1.lektor ved Lovisenberg Diakonale høgskole, Rita Jacobsen (2007). Fortellingen er fra da hun var leder ved et sykehjem og skulle megle i en personkonflikt mellom avdelingsleder og en hjelpepleier ved avdelingen. Hjelpepleieren ble oppfattet av avdelingsleder som *vanskelig*, og skulle nå få beskjed om å skjerpe seg. Hjelpepleieren fikk lov til å starte møtet med sin versjon av konflikten. Hun sa først ingen ting, men begynte å rive strimler av en bunke medbrakt papir i mange ulike farger. Rita Jacobsen (2007) fortalte:

> Jeg måtte bare glemme alt jeg hadde lært om konflikthåndtering der og da, for jeg hadde aldri vært borte i noe lignende. Etter en stund spurte jeg hjelpepleieren hva hun drev på med. Og hun svarte: Dette gjør min leder med meg hver dag. Jeg kommer på jobb med mine tanker, min kunnskap, erfaringer og ideer om hvordan jeg kan gjøre dagen litt bedre for pasientene, men min leder dreper mitt engasjement og min motivasjon hver eneste dag.

I historisk sammenheng kan man se at den klassiske administrasjonsteorien viet de menneskelige aspektene lite oppmerksomhet. Frederick Taylors (1856-1915) prinsipper for vitenskapelig ledelse (Morgan, 2004) Et sentralt poeng var i følge Taylor, at alt ansvar for organisering skulle ligge hos lederen. Arbeideren skulle ha en ren og effektiv utførerfunksjon.

Sykehjem og helseinstitusjoner er kanskje ikke organisasjonstyper som man først og fremst assosierer med standardiserte arbeidsmetoder og samlebåndstenkning. Likevel opplever noen ansatte altså en for skjemastyrt, oppgaveorientert eller instrumentell tilnærming til arbeidsoppgaver og gjøremål.

Motivasjon er driv for å utføre en handling, og den blir gjerne inndelt i en indre og en ytre form; *extrinsic and intrinsic*. Den ytre – extrinsic motivation- kan for eksempel være et ønske om lønnsforhøyelse, eller frykten for å miste en jobb. Den indre – intrinsic motivation- er som navnet sier en indre drivkraft. Motivasjonen utløses av de utfordringer som ligger i å utføre selve arbeidsoppgaven. Arbeidet er i seg selv en kilde til motivasjon (Amadine 1998:79).

I forhold til behovet for et økende antall kunnskapsarbeidere, er det ikke tilstrekkelig å få flere ”hender” inn i sykehjem. Det er derfor et poeng å appellere til de som ønsker bruke - og å utvikle egen kunnskap, og som ønsker å gjøre en forskjell for andre.

Helle Hedegaard Hein (2009) beskriver blant annet den dedikerte kunnskapsarbeideren i sin forskning hvor hun framstiller ulike personlighetstyper i kunnskapsorganisasjoner. De fire personlighetstypene eller arketypene er: primadonnaen, prestasjonsjegeren, pragmatikeren og lønnsmottakeren. Forskningen er presentert i en artikkelserie i det danske tidsskriftet ”Lederne”, og omtales som et ”ledelsesverktøy for høyt spesialiserte medarbeidere”. Disse spesialistene finnes i følge forskeren i mange ulike fagområder og yrkesgrupper- også innen omsorgsfag. Og hun beskriver hvordan de ulike arketypene motiveres på forskjellig vis og hva som kjennetegner hver kategori. Hun bruker følgende definisjon på motivasjon i sin artikkelserie: ”Motivation er de faktorer i et individ, som vækker, kanaliserer og vedligeholder adfærd i retning mod et mål” (Hein 2009). Hun påpeker at en av de viktigste mytene om motivasjon er at alle motiveres likt, mens de funnene hun har gjort - og som er relatert til de nevnte arketypene viser at det er store ulikeheter i hvilke insitamenter som virker motiverende for den enkelte. Arketypene er teoretisk framstilt, og Hein påpeker at i det virkelige liv vil menneskets motivasjon være mer komplekst og sammensatt.

Hein sier også at primadonnaen skiller seg fra andre medarbeidere innenfor eget fagfelt ved nettopp dette kallet som karakteriseres av å tjene et høyere formål: ” en patient, et publikum, en kunde, kunsten, ånden, religionen, samfundet etc” (Hein 2008).

Busch, Johnsen, Valstad og Vanebo (2007) mener at de fleste typer atferd er motivasjonsavhengig. At det er et samspill mellom det som omhandler de organisatoriske forutsetningene og den ansatte selv - de personlige faktorene. De indre motivasjonsfaktorene er å oppleve at arbeidet gir mening, at arbeidstakeren opplever å få bruke egne ressurser, har handlefrihet og selvstendighet i utøvelsen av sitt arbeide

Motivasjon kan også ses i relasjon til kreativitet, hvor kreativitet utløses av en energi som igjen skapes av en indre trang til å løse et problem eller en oppgave (Amadine, 1998)

## 2.5. Kvalitet

### 2.5.1. Innledning

Sentralt i prosjektet, spesielt i forhold til produksjon av filmen, har vært å formidle kvalitet i tjenestene. Som nevnt flere ganger har tankegangen vært at et positivt omdømme skapes ved å levere kvalitet. At kunnskap er nødvendig for å skape kvalitet, men også motivasjon, og ønsket om å gjøre en forskjell.

I dette avsnittet vil jeg presentere teori rundt selve begrepet kvalitet og se nærmere på hva som er spesielt med kvalitet i sykehjem. Kvalitetsforskriften er sentral i omdømmeprosjektet, spesielt i filmproduksjonen. Både i forhold til kunnskapsperspektivet og i forhold til de kreative prosessene vil det å forstå og det å formidle innholdet i forskriften bli diskutert. Innholdet i de viktigste punktene i kvalitetsforskriften er derfor tatt med i dette kapittelet.

### 2.5.2. Hva er kvalitet

Ordet kvalitet har flere dimensjoner. Det er knyttet til egenskaper som beskriver eller kjennetegner et produkt eller en tjeneste, eller også normer og verdier. I arbeid med omsorg for pleietrengende personer vil kvalitetsbegrepet naturlig nok være sentralt i forhold til et bredt spekter av kvalitet. Ta for eksempel ernæring. Kvalitet kan knyttes opp til næringssammensetning av måltidene, til matvarene, til temperatur, holdbarhet, smak og så videre. Begrepet vil være like aktuelt i forhold til hvordan tjenestene blir utført, hvordan vi betrakter den som skal hjelpes, og hvordan kommer det til syne i handlinger. Kvalitet kan dermed knyttes opp til omsorgsgiverens egne holdninger, kunnskap, bakgrunn og preferanser. På samme vil den opplevde kvalitet henge uløselig sammen med omsorgsmottakeren sine preferanser, bakgrunn og vaner.

En definisjon på kvalitet er: ”Kvalitet er helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov” (Norsk standard, 1994). I følge denne definisjonen har kvalitet å gjøre med å tilfredsstille beskrevne krav, forventninger og behov knyttet opp mot en helhet av egenskaper. Kravene kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunene selv eller fra brukere og pårørende.

I helsedirektoratets veileder *kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten* (2004) beskrives tjenester av god kvalitet slik: ”[… ] helheten av egenskaper en enhet har og som vedrører dens evne til å tilfredsstille uttalte og underforståtte behov” Og videre at de:

- er virkningsfulle
- er trygge
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Eller som formulert i forhold til kvalitetsarbeid i helsetjenestene, hvor en definisjon av begrepet kvalitet er formulert slik: ”Å gjøre noe godt, og ideelt sett gjøre så godt som det lar seg gjøre i gitt situasjon ” (Donabedian 2003).

Som vi kan se ligger det nasjonale føringer for å gi tjenester av god kvalitet. Samtidig har den enkelte kommune plikt til å ha et kvalitetssystem. Det enkelte sykehjem eller avdeling formulerer kanskje også egne mål på hva som er kvalitet. Yrkesutøveren har profesjonelle mål. Pasienten - og eller hans eller hennes pårørende vil ha sine opplevelse av opplevd kvalitet.

Så langt er lite publisert både nasjonalt og internasjonalt om kvalitetsindikatorer i sykehjem. I et møte i det regionale nettverket for Undervisningssykehjem - og hjemmetjenester i Verdal 19.11. 2009 presenterte PhD-stipendiat Sigrid Nakrem (2009) deler av sitt forskningsarbeid om kvalitetsindikatorer i sykehjem. Hun har gjennomført en kvalitativ studie på tre sykehjem, hvor hun har intervjuet pasienter ved somatiske avdelinger, og la fram noe av det pasientene opplevde som betydningsfullt i det å oppleve kvalitet i omsorgen:

Trygghet vektlegges særlig av de svakeste
Mindre bekymringer - praktiske ting, at alt fungerer, at det er noen som tar seg av det
Følelse av mestring - mulighet til å ivareta egenomsorg, oppleve at en klarer *noe*
God mat og trivelige måltider, et sosialt miljø som gir tilgang til personalet
Dyktige og blide pleiere - ser meg og mine behov
God smertebehandling - smerte fører til bekymring
Den gode samtalen – lytte, å ha genuin interesse for det som opptar den eldre
Humor, men ikke overfladisk flåseri
Aktiviteter, tilpasset nivå
Pårørende velkommen- en del av familien

Noen problemstillinger i forhold til opplevelsen av kvalitet som Nakrem (2009) erfarte i møte med pasientene var at de savnet hjemmene sine, og følte det som tvang å være i sykehjem. Flere ga uttrykk for at personalets travelhet og høye tempo gjorde det vanskelig å be om hjelp. De var redd for å bli opplevd som masete.

I et prosjekt *Å henge som en dråpe…*(2010) ved Ammerudhjemmet i Oslo har profesjonelle forfattere hatt skriveverksted sammen med pasienter og beboere siden høsten 2009. Flere av tekstene som nå er publisert handler om hvordan det oppleves å bo i sykehjem.

En av tekstene ”Det finnes” handler om hvor viktig det er å hente fram gode minner for å bevare en viss mening i trøstesløse dager.

## Det finnes

Gudskjelov finnes minnene, ellers ville jeg vært tom.
Å havne på aldershjem må være det vondeste og tristeste, og det værste som tenkes kan. Derfor er det bra at en har minnene om ekteskapet, barna, barnebarna og oldebarn. De eksisterer alle i minnene. Godt er det, fordi livet mitt er blitt helt sort, trist og grått etter at jeg kom hit. Et ønske har vært å bare sovne inn og bli borte. Mannen min døde når han var 60, det var tidlig.
Verden ble fattig og tom.

*Kvinne, 88 år*
*18. januar 2010*

*"Å henge som en dråpe.." Godkjent utvalg av tekster våren 2010.*

Som teksten over beskriver – og fra egne erfaringer med pasienter i sykehjem, er det ikke alltid lett å finne livskvalitet eller å bidra til økt livskvalitet når livet oppleves så vondt og meningsløst. I eksempelet over sier kvinnen avslutningsvis at verden ble fattig og tom da hun mistet mannen sin tidlig. For mange pasienter er det å måtte flytte i sykehjem en tiltredelse i en rekke av tapsopplevelser gjennom lengre tid. Som tap av sosialt nettverk, helse, sanser, ektefelle eller nære relasjoner og av hjem. Å komme i et sykehjem hvor ikke en gang sengen er sin egen- kan bidra til å forsterke følelsen av å ha mistet mye av det som er sitt. Likevel opplever mange også å få noe, som økt trygghet, mindre ensomhet og nye nære relasjoner. Fafo-rapporten "Takk, bare bra" (Houg 1996) beskriver også et sammensatt bilde. Nesten alle informantene synes det var vondt å flytte fra hjemmene sine, men at de fant seg til rette etter en periode. Til tross for det svarte over halvparten at de hadde høy livskvalitet, og bare noe få at livskvaliteten var lav.

Nakrem (2003) beskriver gode idealer for omsorg av god kvalitet gjør en forskjell. Forutsetningen er blant andre at personalet har god kunnskap, ferdigheter og holdninger. At omsorgen er individuell og identitetsbevarende, og at den er bedre for den enkelte pasient enn noe annet alternativ. Godt samarbeid mellom pleier og pasient- og med hans eller hennes nære sosiale relasjoner påpekes også som viktig.

Høgskolen i Molde har gjennomført flere brukerundersøkelser ved Rokilde sykehjem som gir lignende funn. Undersøkelsene er i hovedsak gjennomført som fokusgruppeintervju av

pårørende til pasienter, men også dybdeintervju med pårørende hvor kvalitetsbegrepet blir berørt (Eines med flere 2006, 2008 og 2010).

### 2.5.3. Kvalitetsforskriften

Kvalitetsforskriften er generelt formulert og dekker de fleste av de grunnleggende behov på en generell måte. Den har som formål: ”[…] å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel” (Forskrift om kvalitet i sosial- og helsetjenestene § 1, 2010).

Som diskusjonen rundt det å ivareta *en naturlig døgnrytme* også viste - er det ingen fasit på møtet mellom mennesker. Kunnskapen som er nødvendig for at helsepersonell skal møte pasienter ”med respekt for hans eller hennes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel” kan ikke hentes ut fra en manual eller prosedyre. Den er basert på kjennskap om det enkelte menneske, personlige egenskaper, skjønn og empati. Den er i tillegg vanskelig å formidle fordi mye av den er taus. For å få tak i den kunnskapen som gjenspeiler relasjonelle ferdigheter og gode holdninger i handlinger vil jeg intervjue erfarent helsepersonell om kunnskap. Hvordan den skapes, hvordan den deles og hvordan den kommer til uttrykk.

Selve kvalitetsforskriften er konkret på målgruppe og virkeområde, mens det ved utøvelsen er overlatt til den enkelte kommune å utarbeide fagprosedyrer: ”For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov”, (Kvalitetsforskriften § 3, 2003/2010).

Videre er noen områder for slike fagprosedyrer listet opp. Fordi en stor del av de kreative prosessene er orientert rundt disse punktene, tar jeg de med i sin helhet:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet
- selvstendighet og styring av eget liv
- fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- følge en normal livs - og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold
- mulighet for ro og skjermet privatliv
- få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- mulighet til selv å ivareta egenomsorg

- en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser
- nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand
- nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov
- tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- tilbud om eget rom ved langtidsopphold
- tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter

Ingen av punktene gir noen beskrivelse av hvordan fagprosedyrene skal utformes, men beskriver rettigheter og ikke minst noen sentrale begrep. Ord som respekt, valgfrihet, medbestemmelse, ro, verdighet, selvstendighet og forutsigbarhet.

Utfordringen i det kreative arbeidet med å identifisere kjernepunkter i kvalitetsforskriften, har vært å definere verdier som går dypere enn de rent praktiske handlingene. Det har likevel vært nyttig å sette seg inn i konkrete handlinger for å eksemplifisere disse verdiene. Jeg vil i kapittelet om de kreative prosessene beskrive arbeidet med å visualisere de underliggende verdiene i praktiske eksempler.

## 2.6. Kunnskap

### 2.6.1. Innledning

"Tell me, and I will forget. Show me, and I may remember. Involve me, and I will understand" Confusius (450 f.k).

MKL- studiet presenterer et nyansert og ikke minst kunnskapsbasert syn på nettopp begrepet kunnskap. I forhold til egen yrkes og erfaringsbakgrunn er mye kjent, men fremstilles i ny språkdrakt eller ny kontekst. Jeg vil i avsnittet om kunnskap presentere noen sentrale begrep om kunnskap. Platon definerte begrepet kunnskap som 'Justified true belief' – som jeg tolker som *rettferdiggjort sann overbevisning.* Jeg vil komme nærmere tilbake til begrepet kunnskap i avsnitt 2.4.3., men starter først med å se litt nærmere på kunnskapsterminologi som berører enkeltmennesket og eget fagfelt.

### 2.6.2. Kunnskapsarbeideren - en reflektert praktiker

Et eksempel er begrepet ’fra novise til ekspert’ er kjent for mange sykepleiere gjennom sykepleieteoretiker Patricia Benner (1984) sin bok *Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. I boken appliserer Benner (1984) Dreyfus & Dreyfus (1982) sin modell for utvikling av ferdigheter i sykepleiefaget. I omdømmeprosjektet har jeg sett det som et vesentlig poeng å tydeliggjøre behovet for ansatte med kunnskap - kunnskapsarbeidere. Med andre ord behovet for å rekruttere medarbeidere med kunnskap, eller som ønsker å utvikle egen kunnskap og kompetanse

Utviklingstrinnene fra nybegynner/novise til ekspert beskrives som en trinnvis prosess. Trinnene er: novise, viderekommen begynner, kompetanse, dyktighet og til sist ekspertise, nybegynner, og illustrerer utviklingen i ferdighetsprosessen (Dreyfus og Dreyfus 1999). I et foredrag ved HiNT ble temaet belyst ved blant annet å vise til hva vitenskapsmannen Berliner svarte da han ble bedt om å oppsummere essensen i sin egen og andres forskning - og hva som kjennetegner ekspertise. Han skal ha svart: ”Eksperter er bedre til å fortolke situasjoner hurtig og korrekt, og de har flere tiltak å sette i verk i den gitte situasjonen” (Irgens, 2008).

Denne refleksjonen legger etter mitt skjønn ekspertkunnskap opp mot begrepet *improvisasjon*. Erlend Dehlin (2008) likestiller i et foredrag utvikling av improvisasjon - som han beskriver blir initiert av: uventede problemer, problemer uten fasit, kontinuerlig forbedring, kunnskapsvekst. Samtidig sier han at all improvisasjon ikke nødvendigvis er god, men at den gode kjennetegnes ved at den er egnet for situasjonen. En interessant betraktning er dermed om evnen til improvisasjon også kjennetegner en dyktig erfaren kunnskapsarbeider, eller også en ekspert.

Begrepene kunnskapsorganisasjon og kunnskapsarbeider ble lansert allerede for vel 50 år siden av Peter F. Druckert (Gotvassli, 2007). I det lå erkjennelsen av at kunnskap var i ferd med å bli den mest kritiske ressursen i arbeidslivet. Kunnskapsarbeid kjennetegnes gjerne av kompleks bruk av kunnskap, både i form av koordinering, kommunikasjon, interaksjon og utveksling. Tjenestene er ofte av immateriell art, og kvaliteten er skjønnspreget og diskuterbar. Kunnskapsarbeideren har stor kompetanse og autonomi i et lite rutinepreget arbeid. Tjenestene er dessuten gjerne forbundet med særegne avtaler og skreddersydde løsninger (Alvesson 2004 i Gotvassli 2007).

Donald Schön (1983) utviklet begrepet reflection-in-action. I dette la han blant annet å reflektere over våre erfaringer i lys av hvilke følelser som blir vekket. Den reflekterte praktiker kan på denne måten ”tillate” seg selv å undre seg over overraskelser, forvirring, usikkerhet, eller det unike i en gitt situasjon. Han eller hun reflekterer over *fenomenet* som har ført til disse følelsene, å gå til handling/aksjon i en ny eller lignende situasjon med en fornyet innsikt/forståelse - en ny kunnskap. Denne prosessen kan gjenfinnes i Kolbs Learning Cycle (Davies & Lowe, 2009):

- Å gjøre en erfaring
- Å reflektere over den konkrete erfaringen
- Å lære av erfaringen
- Å utprøve ny lærdom i praksis

Læring i organisasjoner bygger også på de samme prinsippene, individet lærer, men organisasjonen legger til rette for et lærende miljø og for kollektiv kunnskapsdeling. Medlemmene bearbeider og utvikler sine felles teorier for hva som er hensiktsmessig og effektivt. Sagt på en annen måte er erfaring i seg selv ikke tilstrekkelig: *“*We do not learn from experience. We learn from reflecting on experience” (John Dewey i Kruckenberg, 2006). Nødvendigheten av å skape en utforskningskultur i et reflekterende og tillitskapende miljø er understreket. I en lærende organisasjon er alle engasjert i å skape og dele kunnskap om hvordan de best kan nå organisasjonens mål (Argyris & Schøn 1978).

### 2.6.3. Hva er kunnskap?

Von Krogh et al (2007) beskriver kunnskap som en begrunnet, sann oppfatning. Etter mitt skjønn betyr det at vi kan holde noe for sant ut i fra den overbevisningen vi til en hver tid måtte ha. Men også at det som holdes for sant utfordres med endret erfaring, påvirkning og læring. Kunnskapsbegrepet er en sentral komponent i det engelske begrepet *knowledge*, men ikke synonymt. Mens kunnskap ofte framstilles i form av en verdipyramide, og defineres som en sammensetning av data, informasjon, kunnskap og klokskap inneholder knowledge også andre komponenter (Prusak, 1997).

I knowledge ligger for eksempel komponenter som meninger, know-how og kapasitet (Gotvassli, 2007:25). Han sier at det er en sammenblanding av komponentene i kunnskapsbegrepet. Jeg tolker det dit hen at han ikke ser trinnene som atskilt. Han presenterer videre sine ’normative’ synspunkter slik:

> En må skille mellom informasjon og kunnskap

Å se på kunnskap som en prosess kontra en beholdning – kunnskapsflyt
Kunnskapen sitter i personen ikke i harddisken
Kunnskapsutvikling krever utvikling av sosialt fellesskap
Ta hensyn til den tause kunnskapen
Kunnskapsutvikling krever refleksjon, eksperimentering og nysgjerrighet
Kunnskapen må utvikles nær brukeren (Gotvassli, 2008)

En annen definisjon på *knowledge* - er denne:

> "Knowledge is a fluid mix of framed experience, values, contextual information, and expert insight that provides a framework for evaluating and incorporating new experiences and information. It originates and is applied in the minds of the knowers. In organizations it often becomes embedded not only in documents and repositories- but also in organizational routines, processes, practices and norms"
>
> (Prusak og Davenport i Nonaka 2005:305).

Denne definisjonen viser noe av kompleksiteten i begrepet. Kunnskapen sies å ligge inne i hodet på hver enkelt. Samtidig så sies det at kunnskap kan gjenfinnes i organisasjonens nedfelte rutiner og prosedyrer samt i rutiner og normer i praksis.

### 2.6.4. Strukturelt versus prosessuelt kunnskapssyn

Et vanlig skille mellom kunnskapssyn går mellom det strukturelle versus det prosessuelle, og kan framstilles som i modellen under (Newell, Robertson, Scharbrough & Swan, 2002). Modellen viser kunnskap som enten et strukturelt eller prosessuelt fenomen, men en slik framstilling vil være teoretisk. En 'tredje vei' kjennetegnes blant annet av det som er betegnet som: "a concept of knowledge that includes acting and thinking, as well as body, emotion and intuition" (Gotvassli, 2008). Altså en interaksjon av ulike kunnskapsbegrep.

| **Structural perspective** | **Processual perspective** |
|---|---|
| Knowledge is a discrete cognitive entity that people and organizations possess | Knowledge is rooted in practice, action and social relationships |
| Knowledge is objective and static | Knowledge is dynamic- the process of knowing is as important as knowledge |
| Knowledge exist at the individual and collective level | Knowledge exists through the interplay between the individual and the collective level |
| Different types of knowledge dominate in particular types of organization | Organizations will be characterized by different types of knowledge and practices of knowing |
| Knowledge is created via specific social processes | Knowing occurs via social processes |

*Figur 2. Kilde: (Newell et al 2002:8)*

En annen måte å beskrive kunnskap som både struktur og prosess er ved følgende begrep som bygger på Frank Blacklers (1995) 5 E'er:

> Embrained knowledge/ kognifisert- kunnskap som utfoldes ved hjelp av konseptuelle ferdigheter og kognitive muligheter
>
> Embodied knowledge/ kroppsliggjort kunnskap: aksjonsorientert, og bare delvis eksplisitt og kjent, den avhenger av fysisk tilstedeværelse og er kontekstavhengig
>
> Encultured knowledge/ kulturifisert kunnskap: prosessen ved å oppnå en fellesskapsforståelse ved samhandling i et sosialt fellesskap.
>
> Embedded knowledge/ nedfelt kunnskap: analyserbar på systemnivå, rutiner og prosedyrer. Gjenkjennes også i fordeling av roller i en organisasjon
>
> Encoded knowledge: informasjon systematisert ved symboler og ved tegn, i bøker, manualer- også elektronisk (Blackler, 1995: 1021-1046; Irgens, 2007: 48).

Kunnskap framstilles her både som *kunnskaping,* altså som en handling (verb) og som en statisk struktur. Kunnskapen er eksplisitt som kodet eller nedfelt, og implisitt eller taus som kroppsliggjort eller kulturell. Blackler (1995) mener det er en misforståelse å tro at det er et naturlig skille mellom strukturell og prosessuell kunnskap. Kunnskapsformene griper inn i hverandre og formes av individer, relasjoner, kontekster. Han foreslår derfor at kunnskap bedre kan forstås som prosess i termene: *mediated, situated, provisional, pragmatic* og *contested.* Kunnskapen formidles (medieres), er situasjons- og kontekstbetinget, er menneskeskapt og fluktuerende, er målrettet og blir stadig utfordret (Irgens, 2007).

Hvor sitter så kunnskapen? Kan den sitte i en kultur, i et 'system' eller i et hode? Fahey og Prusak (1998:43) sier at en av 'dødssyndene' i Knowledge Management er å tro at kunnskap kan eksistere hovedsakelig utenfor hodene på enkeltindividene. Hvis den er i hodene, menes det da tanken? Hva med kroppen. Er det i det hele tatt mulig å tenke seg at hodet eller tankene er atskilt fra kroppen, eller kroppsliggjøring av tankene? Den vanskelig definerbare, men likevel eksisterende kunnskapen som ofte kategoriseres som taus.

### 2.6.5. Tacit knowledge

I løpet av studietiden ved MKL har begrepet *tacit knowledge* eller *taus kunnskap* blitt belyst på mange måter, og med ulike innfallsvinkler både gjennom pensumlitteratur og i forelesninger. Michael Polanyi (1891-1976) sitt begrep *tacit knowledge,* kan ikke uten videre

synonymiseres med *taus kunnskap*. Tacit knowledge som kroppsliggjort, *embodied*, eller'taktil' kunnskap knyttet opp til ferdigheter, og ikke'taus kunnskap' som om kunnskapen ikke skulle hatt et eget uttrykk. Polanyi (1962/2009) redegjorde selv for hva han mente med *there are things we know but cannot tell*:

> *There are things we know but cannot tell*. This is strikingly true for our knowledge of *skill*. I can say that I know how to ride a bicycle or how to swim, but this does not mean that I can tell how I manage to keep my balance on a bicycle or keep afloat when swimming. […] The latter knowledge can be said to be *tacit*, so far as we cannot tell what the particulars are, on the awareness of which we rely for attending to the entity comprising them (Polanyi 1962//2009).

Som vi kan se beskriver forfatteren kunnskap som er knyttet opp til ferdigheter. Noe senere skriver Michael Polanyi (1966) i boken *The tacit dimension*:

> I shall reconsider human knowledge by starting from the fact that *we know more than we can tell*. This fact seems obvious enough; but it's not easy to say exactly what it means. Take an example. We know a person's face and can recognize it among thousands, indeed among a million, (Polyani, 1966 gjengitt i Prusak 1997).

Den kunnskapen som beskrives her er kanskje en type ferdighet som vil variere ut i fra personlige egenskaper, grad av bevissthet eller også trening.

Polyani (1966) beskriver i boken *The tacit dimension* flere aspekter ved kunnskap. Først og fremst at alt ikke kan forklares med muntlig eller skriftlig språk. Den mest sentrale er kanskje at kunnskap må ha en eller annen type språk, eller translasjonsverktøy for i det hele tatt å kunne deles enten det er taktilt, med ord, i smak eller med følelser. Kunnskap som ikke kan uttrykkes verbalt eller skriftlig kan være av ulik karakter, og kan manifesteres på forskjellige måter. Det foreligger ikke noe typologiregister eller en substansiell enighet om hvilke indikasjoner som kjennetegner ulike typer taus kunnskap **(**Gorlay 2004).

Krogh et al (2007: 21) sier at kunnskap både er eksplisitt og taus. Videre at den er dynamisk og relasjonell – og at den er knyttet til menneskelig aktivitet, og videre at den avhenger mer av de menneskene som er involvert enn av harde fakta. Lederen må huske at kunnskap skiller seg fra data og informasjon ved at den er kontekstavhengig. I noen tilfeller kan kunnskapen formidles med ord - eller skriftsspråk uten at det er formålstjenelig. Det kan ofte være like hensiktsmessig å vise handlingen.

Stephen Gourlay (2004) tar i et essay opp forskning på tacit knowledge, og variasjon av meninger i begrepsbruken. Han presenterer uenighet innen forskningsmiljøene på

betydningen av fenomenet taus kunnskap. Uenigheten omhandler i hvilken grad den tause kunnskapen manifesteres, hvordan den er tillært, hvilken funksjon den har – og om den kan gjøres eksplisitt. Han viser til at Nonaka og Takeutchi (i Gourlay 2004:2) anser taus kunnskap som roten til all organisasjonskunnskap. Gourlay (2004) sier videre at det er tvil om på hvilket nivå man kan forvente å finne 'taus kunnskap', og om hvilken effekt det har. Han har sett på ulike forskningsrapporter hvor han finner begrepet tacit knowledge brukt på ulike distinkte måter. Vider følger en oppsummering i tre kategorier.

**Trained expertice as tacit knowledge** refererer til ekspertkunnskap/ ekspertferdighet hvor kunnskapen opprinnelig har vært eksplisitt, som sjåfører, musikere med flere. Kunnskapen kan atter gjenoppdages og artikuleres hvis den kroppsliggjorte tause kunnskapen av en eller annen grunn ikke fungerer.

**Innate and prior knowledge** – altså medfødt eller tidligere ervervet kunnskap, som å lære sitt morsmål, samt andre typer 'tatt for gitt' – kunnskap som utvikles gjennom oppvekst.

**Things known to actors- but not to observers** Et eksempel her er fabrikkformannen som forsto at støvnivået i fabrikkhallen hadde oversteget tillatt nivå når han ikke lenger så viserne på klokken på motsatt vegg. I andre sammenhenger kan den "tause" kunnskapen brukes bevisst for å holde på forretningshemmeligheter.

Gourlay (2004) stiller flere kritiske spørsmål til termbruken i de eksemplene som ligger til grunn for oppsummeringen ovenfor. Det å være i *stand til* – men ikke *ønske* å uttrykke sin viten er én innvending. Og han spør hvordan følelser eller intuisjon blir etterprøvd og validert som uttrykk for taus kunnskap. Ekspertutøvelse av kunnskap som først ble ervervet eksplisitt- for deretter å bli kroppsliggjort – er det taus kunnskap? Han sier også at det er å strekke språket vel langt å kalle ignoranse for taus kunnskap, som når kunnskapen *kan* uttrykkes av enkelte – men ikke av andre på grunn av manglende språklige ferdigheter.

Styhre (2004) stiller seg også kritisk til måten tacit knowledge blir anskueliggjort i et kunnskapsbasert perspektiv og i Knowledge management litteraturen. Han studerer fenomenet gjennom Henri Bergson (1859-1941) sin filosofi, og konkluderer med at taus kunnskap blir begrenset til å være en paraplybetegnelse for all kunnskap som ikke lar seg presentere. Forfatteren sier at i stedet for å kategorisere den tause kunnskapen, skulle den heller ha blitt behandlet med varlighet.

## 2.6.6. Knowledge Management

> ”The eleven deadliest sins of knowledge management, error 1: Not developing a working definition of knowledge,” (Fahey & Prusak, 1998).

Framveksten av fagfeltet Knowledge Management er et uttrykk for et mer komplisert - og spesialisert arbeidsliv. Rutinepregede og forutsigbare oppgaver har i stadig økende grad blitt teknologisert og automatisert (Irgens, 2008). Kunnskapsarbeideren skal ikke bare håndtere etablert kompetanse, uten også å skape ny. Han/hun forventes å delta i utvikling av ny/forbedret kunnskap ved å bli en kunnskaps*skaper*. Arbeidslivet og ikke minst lederne møter nye fordringer i det nye kunnskapssamfunnet, og etablerte oppfatninger for hva som fungerer, endres stadig. Eller fritt etter Platons definisjon: Hvilken *rettferdiggjort sann overbevisning* viser sentrale forskere på feltet kunnskapsledelse?

I boken *Slik skapes kunnskap* problematiserer forfatterne (Von Krog et al, 2007) selve begrepet 'kunnskapsledelse’. Begrepet er oversatt til norsk fra det engelske *knowledge management.* Ordet ’knowledge’ mister en del av sin betydning når det oversettes til ’kunnskap’. Begrepet ’kompetanse’ vil være mer dekkende fordi det også innbefatter ’ferdigheter’. Forfatterne mener på den andre siden at kompetanse rommer mer enn knowledge. Det skal likevel være enighet innen de fremste fagmiljøene i Norge å bruke begrepet *kompetanseledelse* synonymt med det engelske *knowledge management* (Von Krogh et al 2007:7). Hva med forestillingen om å *lede* kunnskap? Forfatterne mener at kunnskap ikke kan ledes, men at lederen kan tilrettelegge for at kunnskap*ing* kan skje.

Undertittelen på boken ’Slik skapes kunnskap’ (Krogh et al, 2007) er: ”Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirasjon til nytenkning i organisasjoner” Jeg vil i det følgende forsøke å gjengi det som forfatterne beskriver som essensielle forutsetninger. Det japanske begrepet *ba* – som betyr ’rom’ beskrives som en vesentlig forutsetning for at kunnskap skal kunne utvikles effektivt. Og omsorg i organisasjonen beskrives å være en viktig forutsetning for å skape *ba* - en slik kontekst hvor kunnskap*ing* kan skje. Omsorgens dimensjoner omfatter i følge forfatterne gjensidig tillitt, aktiv empati, adgang til hjelp, ingen fordømmelse og pågangsmot.

## 2.6.7.*Ba*, den kunnskapshjelpende kontekst

*Ba*, den kunnskapshjelpende kontekst_beskriver både fysiske, mentale og virtuelle møtesteder der gode relasjoner kan utvikles. Kunnskap blir her forstått som en integrert del av ba. Forfatterne beskriver videre at kunnskap skapes i en femtrinns prosess (Krogh et al 2007:21)

- Å dele den tause kunnskapen
- Å utvikle begrepene
- Å rettferdiggjøre begrepene
- Å utforme en prototype
- Å forsterke kunnskapen
- Å gjøre den tverrfaglig

Jeg vil her bare gå spesielt videre på det første trinnet, *å dele den tause kunnskapen*, hvor forfatterne fremhever noen måter som kan bidra til at taus kunnskap kan deles.

Forfatterne framstiller i eksemplene de bruker den tause kunnskap i form av kroppsliggjorte ferdigheter – eller *knowhow*. Arbeidsoppgaver som krever nærhet eller også fysisk kontakt under prosessen med læring, kunnskapsdeling eller samarbeid. Følgende måter er beskrevet:

**Direkte observasjon** – aktørene ser det samme i en felles prosess - og enes om hva som fungerer, og hva som ikke fungerer

**Direkte observasjon og fortellinger** – det samme som over- men i tillegg også forklaringer og beretninger om lignende situasjoner eller hendelser

**Imitasjon** – måten oppgaven løses på imiteres etter observasjon av den som skal lære

**Eksperimentering og sammenligning** ved at den eller de uerfarne utforsker ulike måter å gjøre en oppgave- for deretter å sammenligne prosessen med ekspertens framgangsmåte

**Felles utøvelse** oppgaven forsøkes løst i fellesskap, mens den som er mest erfaren gir hint underveis (Krogh et al 2007:104).

Her er det å imitere en handling en av framgangsmåtene som blir beskrevet, men selv om det innebærer læring så betyr det ikke nødvendigvis at det en lærer er rett. Det finnes eksempler på at det å imitere handlinger fører til at flere gjør den sammen feilen som for eksempel i Heggen, K (1995).

Krogh et al (2007) har videre utviklet 5 såkalte kunnskapshjelpere:
- Å formulere en kunnskapsvisjon
- Iverksette og lede samtaler
- Mobilisere kunnskapsaktivister
- Skape kunnskapsdelende kontekst- *ba*
- Gjøre den lokale kunnskapen global i hele organisasjonen

Kunnskapshjelper nr. 2 som altså går ut på å lede samtaler har til hensikt å gå fra bekreftelse på kunnskap til å utvikle ny kunnskap, som det å få i gang samtaler i et tillitskapende miljø er en viktig forutsetning for å dele den tause kunnskapen.

### 2.6.8. Seki-modellen

Sekimodellen er en modell for kunnskapsoverføring, og er utviklet av Nonoaka og Takeuchi (1995). Den består av følgende tre komponenter: 'Seki', 'Ba' og 'kunnskapsaktiva'. Disse tre bestanddelene påvirker hverandre både dynamisk og organisatorisk. Seki-modellen skal i følge forskerne benyttes for å omdanne taus kunnskap til eksplisitt kunnskap. Selve modellen er en fire trinns prosess, hvor det første trinnet er Sosialisering - som her betyr å dele taus kunnskap ved kommunikasjon ansikt til ansikt. Et eksempel på det er mester/læringssituasjon. Eksternalisering er neste trinn i prosessen. Kunnskapen gjøres her tilgjengelig for andre ved kommunikasjon - fra taus til eksplisitt. Det tredje trinnet er kombinasjon av ulike elementer av eksplisitt kunnskap. Det kan for eksempel være å bygge en prototyp. Det siste trinnet i prosessen er Internalisering - som betyr å kroppsliggjøre kunnskap som på den måten blir et aktivum for organisasjonen. Denne sykliske kunnskapsutviklingen skal være en vedvarende utviklingsprosess som igjen skaper nye sykluser og stadig ny kunnskap.

Gourlay (2004/2005) har flere kritiske spørsmål og innvendinger vedrørende Seki-modellen. Siden jeg ikke har brukt mye plass til den i teoridelen tar jeg kun med et kort avsnitt om kritikken. Den første innvendingen er at de empiriske dataene som er brukt i utvikling av modellen skriver seg fra tidligere forskning på informasjonsutvikling. Teorien bygger altså ikke på utvikling av kunnskap - men om informasjon. Videre viser kritikken at modellen er validert på innhold - og ikke på prosess, og at trinn i prosessen ikke kan beskrives eller verifiseres. Gourlays (2004/2005) hovedkritikk er imidlertid slik jeg oppfatter han - at hele modellen er utviklet på feil grunnlag og derfor ikke fortjener å framstilles som et resultat av empirisk forskning.

## 2.7. Kreativitet og innovasjon

### 2.7.1. Innovasjon

En definisjon er:

> **Innovasjon er evnen til å anvende kreative løsninger på problemene og mulighetene til å fremme og berike folks liv** (Slappendel 1996:40)

Vanligvis forbindes innovasjon med nyskapende produkt, eller produktdesign. Vi kan si at en ny mobiltelefon- eller en biltype har en innovativ utforming, eller at en ny og effektiv

produksjonsteknikk er innovativ. Noen argumenterer for at innovasjon kan være en ide, en praksis eller artefakter, Rogers og Shoemaker (i Slappendel 1996/2009).

Andre innovasjonsteoretikere klassifiserer innovasjon i ulike grupper, som administrativ og teknisk innovasjon. Eller innovasjon i form av tjeneste utøvende virksomhet og innovasjon i produkt eller prosessindustri (Slappendel 1996/2009). Innovasjon i organisatorisk sammenheng er blant annet beskrevet som følger:

> All innovation begins with creative ideas [. . . ]We define innovation as the successful implementation of creative ideas within an organization. In this view, creativity by individuals and teams is a starting point for innovation; the first is necessary but not sufficient condition for the second, (Amabile et al, 1996).

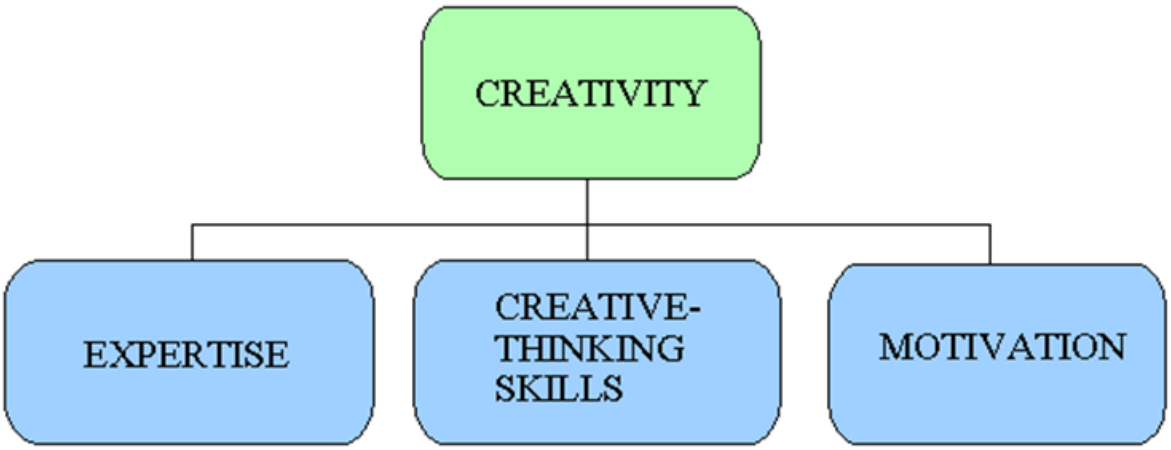
Uansett klassifisering eller skjematisk inndeling er det enighet om at innovasjon kjennetegnes av noe nytt. Prosessen eller produktet trenger ikke nødvendigvis å være en nyhet i seg selv, men i følge gjengs oppfatning ligger innovasjon like mye det å se på 'objektet' med nye øye. Med andre ord, all endring i seg selv er ikke innovasjon, men all innovasjon innbefatter endring i en eller annen nyskapende form.

### *Innovasjon og omsorgstjenester*

Regjeringen har på grunn av de store utfordringene innen pleie lagt føringer for økt satsing på innovasjon i de kommunale omsorgstjenestene. I Statsråd 26.juni 2009 ble det opprettet et eget utvalg for utredning av innovative løsninger i møte med framtidas omsorgsutfordringer. Områder for utredning av innovasjonsutvikling er i følge regjeringen å se på muligheter for økt samarbeid mellom offentlig sektor og det private næringsliv, med spesiell fokus på arkitektur og ny teknologi. Hensikten er å gi brukerne muligheter til en bedre hverdag ved å fremme selvstendighet og uavhengighet. Omsorgsteknologi, smarthusløsninger, telemedisin og ny kommunikasjonsteknologi skal være potensielle områder for forenkling og effektivisering av virksomheter (Regjeringen.no, 2009).

## 2.7.2. Kreativitet

Kreativitet er ofte forbundet med mennesker som utfører kunstnerisk arbeid eller virksomhet, men kreativitet finnes i alle mennesker. I følge Amadine (1998) er kreativitet et produkt av tre komponenter som framstilt i figur 1.




*Figur3. Amadine (1998:78)*

Ekspertise henger sammen med den kunnskapen den enkelte besitter, og har blitt omtalt under avsnitt 2.6. Ferdigheter eller evne til kreativ tenkning omhandler på hvilken måte vi forholder oss til, eller forsøker å løse et problem eller en oppgave. Motivasjon er den indre drivkraften til handling (Amadine 1998:78)

### 2.7.3. Kreative tankeverktøy

Kreativ tenking er uatskillelig fra innovasjon (Root-Bernstein & Root-Beernstein, 2003). Forfatterne forklarer videre at den kreative tenkningen starter med en følelse, også i forbindelse med utviklingsprosesser som ikke i utgangspunkt forbindes med kunstneriske uttrykk. Albert Einstein skal ha sagt at: "No scientist thinks in formulae. The "essential feature in productive thought, is an associative play of images and feelings" (Root-Bernstein & Root-Bernstein, 2003:378).

Følelsen som ligger til grunn for den vitenskapelige prosessen som er beskrevet over, kan gjenkjennes i dikteren Robert Frost sin kreative prosess: "A poem begins with a lump in the throat, a sense of wrong, a home sickness, a love sickness. It is never a thought to begin with"(Root-Bernstein & Root-Bernstein, 2003:378).

Gjennom flere eksempler viser forfatterne til variasjoner av den samme kreative kilden. En følelse eller også en intuitiv tanke som springer fram før ordet, før logikken, og er like essensiell for forskeren som for kunstneren. Forfatterne beskriver 13 tenkeverktøy.

**Observing** beskrives som det grunnleggende og basale, og mye mer enn bare det *å se*. Det innebærer også å føle - både fysisk og følelsesmessig, å høre, smake, lukte- i det hele tatt *å*

*sanse*. Observasjon karakteriseres videre som en ferdighet som krever konsentrasjon, tålmodighet og nysgjerrighet. Interessant er eksemplene som nevnes i dette avsnittet i boken. Som en blind biologs evne til å gjenkjenne et strandskjell ved hjelp av hånden, bakteriologen som identifiserer bakterier ved luktesans – og gamle dager diagnostiske metoder ved å smake på urin for å påvise diabetes. Flere av disse observasjonene har også vært benyttet i diskusjoner og ved eksemplifisering av 'tacit knowledge'. Jeg vil komme tilbake til den 'bevisste observasjon' eller sansing i sammenheng med tacit knowledge etter hvert.

**Imaging** beskrives som et tankeverktøy som forutsetter ferdigheten i å i det hele tatt kunne gjøre imaginære observasjoner. Å sanse, som beskrevet i avsnittet over, ved hjelp av erindring og forestillingsevne. Som å se for seg et triangel bli omformet til en annen geometrisk figur, skifte farge eller rotere. Eller kokkens evne til å forestille seg smaken på en uprøvd rett, eller komponistens evne til å 'høre' verket som komponeres.

**Abstracting** betyr å kunne konsentrere oppmerksomheten på det som sanses eller forestilles slik at essensen kan fattes. Som det å finne den underliggende enkelhet i en kompleks sammenheng.

**Patterning recognizing –** å gjenkjenne mønster – beskrives av Root Bernstein og Root Bernstein (2003) som et todelt redskap, organisering og gruppering. Vi sorterer ubevisst alle sanseinntrykk for i neste stund å rubrisere inntrykk i ulike grupperinger. Denne sorteringen gjør oss i stand til å kjenne igjen strukturer og former, som et kjent ansikt i et folkehav, eller som et fellesstrekk mellom ulike gjenstander.

**Pattern forming –** å skape nye mønster skjer ved å kombinere etablerte mønster. Enten det er ny teknologisk design eller utvikling av nye ord i et språk, bygges det på allerede etablerte mønster.

**Analogizing-** å gjenkjenne funksjonelle likhetstrekk for å gi bedre forståelse av det som skal beskrives. For eksempel kan deler av verktøy få navn fra biologien som klohammer og nebbtang. Og omvendt som: hammerhai, sverdfisk.

**Bodily kinesthetic thinking –** som bygger på en kroppslig fornemmelse av et fenomen ved hjelp av forestillingsevnen. Som nevnt i kapittelet om *tacit knowledge* , skal billedhuggeren Nils Aas (1933-2004) ha forklart at han kunne fornemme robåtens linjer på egen kropp etter at han hadde sittet i båten og sett hvordan bølgene traff stevnen (Ness, 2008). I boka "Å

hendene hans har øyne" – samtaler med Nils Aas ved høvelbenken (Krüger, 2004:85) sier kunstneren Håkon Gullvåg følgende om Nils Aas:

> *Det er noe med denne redeligheten og den tenkende hånden hos Nils – denne hånden som er en slags hjerne.*

En beskrivelse som forteller noe om sammenhengen mellom tanke og gjerning, men også mye mer enn det å utvikle ferdigheter gjennom trening. Kanskje nettopp det som skiller å inneha genuine egenskaper som ikke kan forklares, og som åpenbart ikke er allemannseie. Noe indikerer likevel en kroppsliggjort forestillingsevne som kan identifiseres hos både den som er utøver- og hos den som er observatør.

**Empathizing** er også relatert til kroppslig tenkning. Empati beskriver evnen til å forestille seg å være i en annens situasjon. Også når det gjelder fiktive vesener som i bøker, teater og film. R&M Root Bernstein (2003) mener at det også er mulig å gå inn en gjenstands tilværelse og viser til både kunstnere og forskere som har fornemmelse av å bli ett med det objektet de utforsker eller arbeider med.

**Dimensional thinking** er evnen til å oppfatte og transformere dimensjoner, som når arkitekten omdefinerer virkeligheten eller en forestilling til modeller eller tegnebordet. Eller også den motsatte veien, som det å ha begrep om det rommet vi beveger oss i ved hjelp av forenklede tankemodeller hører inn her.

I følge R&M Root Bernstein (2003) er det som hittil er nevnt, de grunnleggende verktøyene, primærverktøy. Selv om det er interaksjon mellom bruken av dem, så er det mulig og både lære seg og praktiser hvert av de relativt uavhengig av de andre. De fire siste verktøyene derimot, avhenger av hvordan vi evner å tilegne oss ferdigheter i å utvikle de første. De siste er:

**Modeling,** som her betyr å lage forenklede modeller i den hensikt å studere funksjon eller struktur mer inngående. Som for eksempel en figurframstilling av det som ikke kan begripes i sin egentlige form, fra et molekyl til deler av verdensrommet. Eller når kunstneren lager en miniatyrutgave av det som senere skal bli en større skulptur.

**Playing** beskrives som en øvelse for kropp og sinn, kunnskap og ferdigheter. Lek er uten et sett med regler og viktige mål, den heller strekker og bøyer på rigide seriøse aktiviteter.

R&M Root Bernstein (2003) beskriver hvordan også seriøse innovasjoner har hatt et utspring i lek. A. Fleming skal ha samlet mangefargede mikrober på sin 'palett' av vekstskåler, og slik ha kommet på sporet av penicillinet.

**Transforming** er et uttrykk for det å kombinere flere ulike tenkeverktøy på en slik måte at ideer og innsikt transformeres til en mer kraftfull, eller potent uttrykksform.

**Synthesizing** beskrives som den naturlige konsekvensen av transformasjonstenkning. Når det er utviklet en dyp forståelse via sansing, følelser, erfaringer og kunnskap. Når man vet at man vet. Som Nils Aas følte båtens linjer gjennom egen kropps sensasjoner, skal Albert Einstein ha følt at fysikkens lover utfolde seg gjennom interaksjon mellom båt, bølger og vind. Og at han selv var en liten del i naturens helhet.
Synestesi beskrives i nevrologiske termer som den opplevelsen mange har i forbindelse med reelle eller tenkte opplevelser. Enten det er sensorisk, emosjonelt, taktilt, visuelt, akustisk, smak - eller en kombinasjon av flere fornemmelser. Som det å fornemme musikk bare ved å se bilde av et symfoniorkester, eller kombinere musikk med visualisering av farger. I følge R&M Root Bernstein (2003) har en måte å bedømme kunst på – en sammenheng med hvordan et samspill av sansene påvirkes – synestesi.

### 2.7.3. Oppsummering

Et omdømme kan skapes og rives ned. Mennesket har en tendens til å se etter det vi er oppmerksom på. Det kan bety at det er mulig å korrigere et dårlig rykte ved å dreie oppmerksomheten på det som er positivt og fungerer god.

Arbeidstakere motiveres ulikt. Forskning viser at de som brenner for å gjøre en forskjell- utviklingsagentene - motiveres av å få spillerom, tillitt og muligheter til å utfolde seg.

Kvalitet henger sammen med kunnskap, men kvalitet i møte med pasienter er foreløpig ingen eksakt vitenskap. Kvalitetsforskriften sier noe om hvilke områder det skal ytes god kvalitet på, men ikke konkret hvordan. Forskning viser at gamle i sykehjem opplever kvalitet i måten de blir møtt på, blant annet gjennom vennlighet, respekt og empati.

Kunnskap kan deles inn på flere ulike vis, blant annet taus og eksplisitt, strukturelt og prosessuelt, individuelt og organisatorisk osv. Felles for alle inndelingene er at det likevel synes som om overganger og grenser er flytende og kontekstavhengig.

*Ba* er en betegnelse på den kunnskapshjelpende kontekst. Rommet hvor kunnskap skapes. Kunnskap utvikles i følge flere teoretikere ikke kun ved erfaring, men ved å reflektere over de erfaringene man gjør seg.

Kreativitet kan i følge forskning utvikles ved bruk av kreative tankeverktøy. Blant annet ved å forestille seg tenkte utfall ved å modellere, visualisere og ved å leke. Det kan synes som om det er fellestrekk mellom taus kunnskap og kreativitet. Som det å definere tanker, eller utføre handlinger på grunnlag av indre følelser som for eksempel empati. Evnen til innlevelse og det å forestille seg synes å være spesielt sentralt i kreative prosesser.

# DEL 3

# METODE

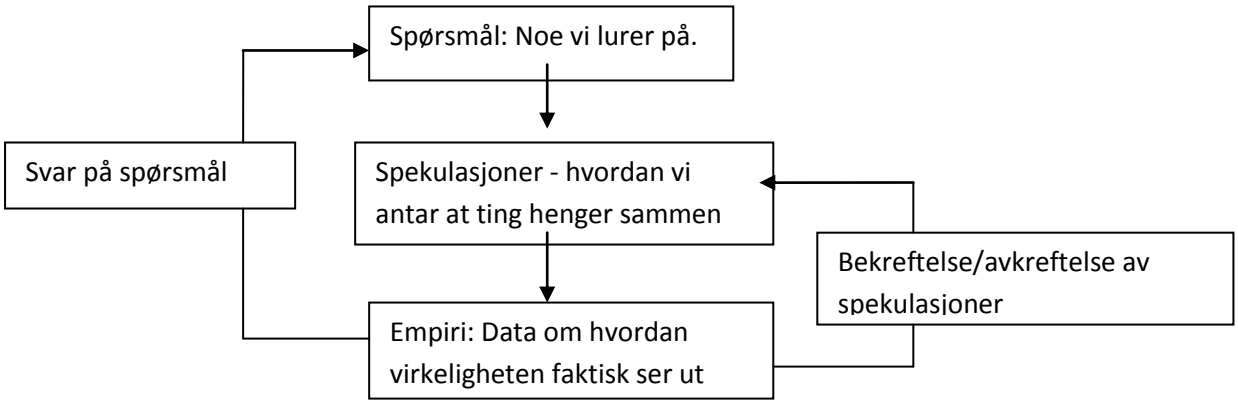
## 3.1. Innledning

Det å finne en metodologisk riktig tilnærming i forhold til forskningsspørsmålene har vært utfordrende. Undersøkelser som er gjennomført forbindelse med forskningsspørsmålene er anskueliggjort i tre faser og i kronologisk rekkefølge i sammenheng med prosjektutviklingen. Som forundersøkelser, som undersøkelser underveis og som observasjoner i etterkant. Jeg har valgt å gi korte kommentarer i de ulike avsnittene der det er relevant i forhold prosjektet. En mer utfyllende beskrivelse av egne undersøkelser blir presentert i kapittel 4- om empiri.

I det videre vil jeg presentere noen sentrale begrep, og deretter metoder og metodiske tilnærminger og valg. Jeg har i hovedsak benyttet teori fra følgende utgivelse i dette kapittelet: ”Hvordan gjennomføre undersøkelser?” (Jacobsen, 2005), supplert med annen relevant teori der det har vært hensiktsmessig.

## 3.2. Gangen i en forskningsundersøkelse

Uansett hensikten med å gjøre en forskningsundersøkelse er målet å fremskaffe ny kunnskap. Våre spekulasjoner konfronteres med spørsmål om virkeligheten – *empirien* – på en slik måte at vi får en større innsikt i det vi ønsker å begripe. Jacobsen (2005) bruker følgende modell for å beskrive gangen i en forskningsundersøkelse:




*Figur 4. Rekonstruert etter Jacobsen (2005:14)*

Som figuren viser kan en forskningsundersøkelse gi svar på de spørsmålene en stiller seg, det vi ikke vet. Den kan også bekrefte eller avkrefte det vi på forhånd tror eller antar - våre spekulasjoner.

For å lykkes i en undersøkelse sier Jacobsen (2005) at vi må klare å konkretisere spørsmålene slik at de kan analyseres ved valg av problemstilling og forskningsspørsmål. Vi må videre velge forskningsmetode som er egnet til å gjennomføre undersøkelsen. I tillegg må vi kunne samle inn empiriske data på en slik måte at vi får svar på våre antakelser. Og til siste må vi være i stand til å tolke disse dataene slik at vi får så sikre svar som mulig, men uten feil kan det aldri bli. Det er verken et realistisk mål eller mulighet å gjennomføre helt feilfri forskning. En god metode kan imidlertid bidra til å minimere feil- og ikke minst hjelpe til å forklare eventuelle feilkilder, mangler og svakheter.

I forhold til å få kunnskap om prosjektet ”Kjærlig vekking” har jeg valgt flere metodologiske valg og tilnærminger. Med fremgangsmåten som er skissert i figuren vil jeg forsøke å oppsummere metodevalgene i forhold til problemstillingen og de forskningsspørsmålene jeg har valgt. Det er i følge Jacobsen (2005) systematikken i innsamling og behandling av data- som skiller forskning fra en undersøkelse.

Hovedspørsmålet er altså om hvordan film- og fotoprosjektet kan bidra til et mer positivt bilde av sykehjem ved å vektlegge kunnskap med kvalitet som produkt av denne kunnskapen. I forskningsspørsmålene er de rettet mot tre ulike faser i prosjektet; i planleggingsfasen, underveis og etter gjennomføring. I de følgende avsnittene vil jeg gjøre rede for ulike valg og prioriteringer som jeg har gjort i forhold til metodevalg.

Videre i kapittelet vil jeg presentere begrep relatert til forskning, om valg – og om begrunnelse for valg av metoder som er benyttet i oppgaven. Før jeg går videre vil jeg i det neste avsnittet beskrive mer om forholdene rundt prosjektgjennomføringen. Siden avhandlingen bygger på prosjektet ”Kjærlig vekking” ser jeg det som hensiktsmessig å gi en presentasjon – ikke av forskningsmetodikk, men av arbeidsmetodikk knyttet til selve prosjektgjennomføringen.

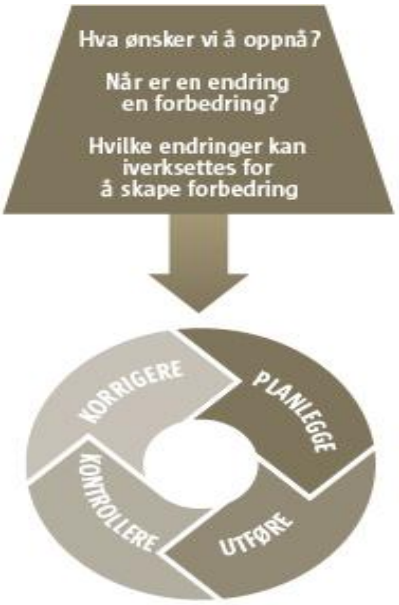
## 3.3. Prosjektgjennomføring

I forkant av film- og fotoprosjektet hadde jeg ikke en helt klar strategi for arbeidsmetode. Ved tidligere prosjekter har jeg erfaringer med aksjonsforskning, gjennombruddsmetoden og metode for kvalitetsforbedring - en variasjon over *Demings sirkel*. Selve oppgaven er heller

ikke en prosessanalyse av de arbeidsmetodene som er benyttet. Jeg vil likevel presentere relevant teori om forbedringsarbeid og forskningsmetoder for å ha noen faglige knagger å henge erfaringer på. Og fordi forskningsspørsmålene tangerer prosjektmetodikk på enkelte områder, spesielt i forhold til de kreative prosessene. Prosjektarbeidet er metodologisk inspirert av en arbeidsmetode jeg har erfaring med fra tidligere prosjektarbeid – 'metode for kvalitetsbedring'.

Helsedirektoratet (2010) legger i ny strategiplan for Utviklingssentre, føringer for at kvalitets- og utviklingsarbeid skal gjennomføres etter anerkjente metoder for forbedringsarbeid. Med utgangspunkt i at *en endring nødvendigvis ikke er en forbedring*, ønsker direktoratet at utviklingssentrene skal kunne dokumentere kvalitet. En av metodene som konkret er foreslått er en variant av den såkalte PDSA-sirkelen: eller Plan – Do – Study – Act. Modellen bygger altså den opprinnelig *cycle* av William E. Deming (1900-1993), og blir gjennomgående benyttet av Helsediektoratets anbefalinger til metode for utviklingsarbeid i helsetjenestene. I tillegg til høringsutkastet er den også brukt som eksempel i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005) "Og bedre skal vi bli".

Kunnskapssenteret har gjort noen presiseringer i forhold til den opprinnelige Demings sirkel, spesielt i forhold til at utviklingstrinnene ikke nødvendigvis følger hverandre systematisk. Ingen modeller er perfekte, men noen modeller er bedre egnet enn andre. For meg har det vært hensiktsmessig å benytte modellen som egenkontroll og et hjelpemiddel underveis.




*Figur 5. Nasjonalt kunnskapssenteret for kvalitet i helsetjenestene, 2010*

Teoretisk kunnskap om aksjonsforskning og aksjonslæring har gitt mening i forhold til vurderinger som er gjort underveis, og i forhold til det å reflektere over prosesser i forkant, underveis og i etterkant. Prosjektet har flere fellestrekk med aksjonsforskning, men også noen ulikheter. Action Learning-tradisjonen er en paraplybetegnelse for fire tradisjoner (Marsick i Rennemo, 2006).

**Den vitenskapelige tradisjonen** kjennetegnes av fravær av læringscoach, og at deltakerne selv styrer sin læring. Her er det altså lite å finne av utviklede teknikker for refleksjon.

**Den erfaringsorienterte og kritisk reflekterende tradisjonen** omhandler læringsprosesser for personlig vekst og utvikling, hvor begrep som dobbeltkretslæring (Argyris og Schön, 1978) appreciative inquiry (Cummings & Worley, 2005) – metoder som er kjent innen positiv organisasjonsutvikling og personlig utvikling.

**Tacit – tradisjonen** omhandler en form for læring og utvikling som skjer mer tilfeldig, og ikke som et resultat av et bevisst fokus på enkeltområder. I følge Rennemo (2006) står denne tradisjonen for mer aksjon enn læring.

**Action Reflection Learning** (ARL) er et begrep som er utviklet av Managementet i Lund (MiL), og er et forsøk på å forene både aksjons- og refleksjonsdelen. ARL er alltid et gruppeprosjekt forankret i en organisasjon, og det er alltid med en læringscoach som stimulerer til metalæring. Målbare resultater for organisasjonen kan komme i bakgrunn for fokuset på den personlige og individuelle utviklingen.

Det mest åpenbare fellestrekk mellom aksjonsforskning og prosjektutviklingen er at det meste har foregått tett på egen organisasjon. Med unntak av gruppeintervju av erfarent personell fra andre enheter og observasjonsundersøkelse av reaksjoner på filmvisning og fotoutstillingen - har alt skjedd innenfor egen enhet. Jeg som leder av prosjektet - og ansvarlig for undersøkelsene har - vært delaktig og nærværende, og endringer har skjedd i forbindelse med løpende evalueringer som ved dobbeltkretslæring. Enkelte ganger har jeg selv fungert som læringscoach, spesielt i de kreative prosessene.

## 3.4. Noen sentrale begrep

**Validitet** omfatter hvorvidt noe er gyldig eller relevant. I forhold til undersøkelse av virkeligheten – empirien – betyr validitet å ha gjort et representativt utvalg, at det man

undersøker også gjelder flere, om et utvalg er representativt – såkalt intern gyldighet og relevans. Validitet gjelder også i forhold til de spørsmålene som blir stilt - om de faktisk bidrar til å måle det fenomenet som undersøkes, eller begrepsgyldighet. Om resultatet fra en avgrenset undersøkelse kan overføres til andre sammenlignbare situasjoner eller fenomen vurderes i forhold til ekstern gyldighet og relevans eller også overførbarhet (Jacobsen, 2005).

I forhold til forskningsspørsmålene vurderer jeg det som vesentlig at funnene i forskningsspørsmål 1- om kunnskap i sykehjem - har høy relevans i forhold til å gi en adekvat beskrivelse av virkeligheten. Det har derfor vært et bevisst valg å spørre de med mest erfaring. Konsensus i besvarelsene har gitt indikasjoner på en relevant virkelighetsbeskrivelse. Overførbarheten anses stor. Sykehjem gir et relativt likt tilbud til en sammenlignbar pasientgruppe. Interne variasjoner gir ulik kvalitet i tjenestene, mens kunnskapen som benyttes i møte med pasientene trolig vil være gjenkjennbare for sykehjem generelt. Ikke minst fordi filmscener bygger på kunnskap i daglige situasjoner, relatert til kvalitetsforskriften. I forskningsspørsmål 2 - om kreative prosesser - har funnene en begrenset gyldighet ut over selve prosjektet, samt det å være gjenstand for egenutvikling. Erfaringer og kunnskap som også derfor kan ha en personlig overføringsverdi i forhold til senere prosjekt. Funnene i forskningsspørsmål 3 er basert på reaksjoner fra et tilfeldig og avgrenset respondenter eller publikum. Reaksjonene har naturlig nok liten overføringsverdi til andre prosjekt. Men med utgangspunkt i det store antall personer som er observert, kan funnene ha overføringsverdi i forhold til senere visninger av den samme filmen og de samme bildene.

**Reliabilitet** innbefatter hvorvidt en undersøkelse er til å stole på- om det er troverdig og pålitelig. Jacobsen (2005) sier at et aktuelt tankeeksperiment kan være å forestille seg utfallet av en undersøkelse dersom den har blitt utført en gang til. Om resultatet ville ha blitt sammenlignbart.

Når det gjelder forskningsspørsmål 1 har jeg valgt å intervjue like grupper. I mitt tankeeksperiment kan jeg forestille meg at andre grupper kan ha kommet med andre opplysninger, men ikke på en slik måte at det svekker sentrale funn. I de kreative prosessene kan jeg se for meg at et samarbeid med andre personer kan ha gitt andre løsninger i scenevalg og fotografering, men jeg er mer usikker på om hvilke utslag det kunne ha gjort i forhold til pålitelighet. En annen form for datainnsamling kunne kanskje ha gitt andre konklusjoner enn de jeg har kommet fram til. For eksempel om samarbeidspartnerne i de kreative prosessene

selv hadde blitt utfordret på å oppsummere egne opplevelser og refleksjoner. I forhold til filmvisning har jeg ikke hatt noen særlig kontroll på hvem som har kommet. Respondentene sine reaksjoner er forsøkt tolket objektivt. Publikumsmassen har imidlertid vært så stor, og antall visninger så mange - at jeg tolker det som trolig at noen av reaksjonene vil være til stede ved senere visninger.

**Ontologi** betyr læreren om virkeligheten, eller om hvordan ting faktisk er. Diskusjonen om hva som er sann virkelighet har pågått gjennom historien. Filosofen Heraklit (540-480 f.Kr.) skal ha beskrevet påstanden om en gitt sannhet med følgende metafor: ”*Du kan ikke gå i samme elven to ganger, både du og elven er forandret.*” I det virkelige liv vil det å holde noe for sant være nødvendig, selv om oppfattelsen av virkeligheten er ulik.

**Epistemologi** er læren om hvordan vi kan samle inn kunnskap for å vite noe om virkeligheten. To syn står sentralt i debatten om kunnskap, nemlig positivismen og den fortolkningsbaserte tilnærmingen. Positivismen bygger på at samfunnet kan studeres nøytralt og objektivt, og at alle hypoteser kan testes gjennom tekniske og naturvitenskapelige målemetoder. Den fortolkningsbaserte tilnærmingen sier derimot at det ikke finnes en objektiv virkelighet, men at det bare er ulike forståelser.

## 3.5. Induktiv versus deduktiv datainnsamling

Overskriften indikerer to ulike tilnærminger for ”å få tak” på virkeligheten. Den deduktive tilnærmingen kalles også for ”fra teori til empiri” (Jacobsen, 2005). Metoden går ut på at forskeren har antakelser om virkeligheten ut i fra egne erfaringer og tilgjengelig teori, og deretter foretar en undersøkelse for å få bekreftelse eller avkreftelse på denne antakelsen. Kritikk av metoden går blant annet ut på at forskeren vil begrense seg til det som på forhånd er definert som relevant. Induktiv tilnærming – eller ”fra empiri til teori” er basert på åpen tilnærming uten forutinntatte holdninger. Forskeren samler inn og systematiserer data, for deretter å utvikle teorier om fenomenet som det forskes på.

## 3.6. Nærhet og distanse

Ved en positivistisk tilnærming er det et helt sentralt at forskerens rolle innvirker i så liten grad på forskningsobjektet som overhode mulig. Kritikerne sier at en slik tilnærming kan forringe resultater i den samfunnsvitenskapelige forskningen, fordi avstanden kan føre til at man unngår å gå dypt nok inn i materien til å få fram fortolkninger og nyanser hos

enkeltpersoner. En annen kritikk er at forskeren uansett vil påvirke funnene i kraft av eget verdisyn og de valgene som blir gjort (Jacobsen, 2005).

### *Nærhet og distanse i forhold til forskningsspørsmålene*

I forskningsspørsmålene i denne oppgaven har jeg ulike tilnærmingsmåter i forhold til nærhet. **I forskningsspørsmål 1** – i gruppeintervjuene - er jeg selvsagt til stede, stiller spørsmål - men forsøker samtidig og unngå å bryte inn i samtalen. Samtidig er det nødvendig å spore inn på tema, utdype visse spørsmål og å styre tiden.

**I forskningsspørsmål 2** er min nærhet atskillig tydeligere, jeg er selv aktivt deltakende i de kreative prosessene. Samtidig er mine samarbeidspartnere ikke klar over at jeg i det samme er observatør. Jeg kan på den ene siden påvirke prosessene, noe som også er planen. Jeg ønsker likevel ikke å påvirke gruppens framdrift ved å tilkjennegi at prosessen er gjenstand for en undersøkelse. Begrunnelsen min er altså at jeg ikke kan utelukke at denne type informasjon kan påvirke prestasjonene.

**I forskningsspørsmål 3** er metoden noe mer sammensatt. Ingen av de som har sett på filmen eller på fotoutstillingen har fått beskjed om at jeg har studert reaksjonene. Jeg har vært til stede på lik linje med de andre tilskuerne, har sett på filmen og på bildene, men i like stor grad observert tilskuere og publikum. Jeg har på den ene siden vært nær, men observasjonene har vært skjult. Ved visningene har jeg valgt å følge opp med tilleggsspørsmål til en eller flere, enkeltvis eller i grupper på to til tre personer. Nærheten her er større, men jeg har fortsatt valgt å ikke gi til kjenne at jeg ville bruke opplysningene i en undersøkelse. Begrunnelsen er den samme som ved forskningsspørsmål 2 vedrørende kreative prosesser. Jeg ønsker ikke at svarene skal være det de tror jeg ønsker å høre. Samtidig kan ikke en slik tenkning utelukkes, i og med at det er kjent at jeg er prosjektansvarlig.

## 3.7. Kvantitativ eller kvalitativ tilnærming

Skiller på om datainnsamlingen er tallbasert eller ordbasert. Tall kan systematiseres og settes inn i en statistikk og kvantifiseres. En slik tilnærmelse bygger på en antakelse om at virkeligheten kan måles og tallfestes ved bruk av spørreskjema med forhåndsdefinerte svaralternativer. En slik undersøkelse krever god forkunnskap om fenomenet som undersøkes.

Ved kvalitative undersøkelser observeres informanten i forhold til det de sier eller det de gjør. En slik metode sies å åpne for at den eller de det blir forsket på- i større grad skal få rom til så

formidle sin egen virkelighetsoppfatning, med variasjoner og nyanser. Jeg har valgt å gjennomføre kvalitativ metode ved alle tre forskningsspørsmålene. Under følger en skjematisk framstilling. En mer utdypende forklaring vil bli gitt i kapittel 4- Empiri, under avsnittet egne undersøkelser.

| **Problemformulering:** Hvordan bidra til et mer nyansert og positivt bilde at et sykehjem ved hjelp av et film - og fotoprosjekt ved å fokusere på pasientene - og på kunnskap og kvalitet. | |
|---|---|
| Forskningsspørsmål | Kvalitativ forskningsmetode |
| Forskningsspørsmål **1**.: *Kunnskap. Hva kjennetegner kunnskap i sykehjem, og kan den kunnskapen som er nødvendig for å gi gode tjenester formidles gjennom prosjektet* | Gruppeintervju, to intervju med grupper på 4-5 deltakere med erfarent personell. |
| Forskningsspørsmål **2**.: *Kreativitet. Er det mulig å identifisere innovasjon, improvisasjon og andre kreative prosesser under utvikling av film- og fotoprosjektet?* | Deltakende observasjon ved arbeidsmøter/ idédugnader. Deltakerne er ikke kjent med at jeg observerer prosessen for å identifisere kreativitet. |
| Forskningsspørsmål **3**. *Har prosjektet "Kjærlig vekking" nådd fram til tilskuerne, og i så fall på hvilken måte?* | Ikke deltakende observasjon. Passiv observatør ved filmvisning og fotoutstilling. Publikum er ikke kjent med at jeg foretar observasjoner. Tilleggsspørsmål ligger opp til individuelt intervju, men med få spørsmål. |

*Figur6. Oversikt over forskningsspørsmål i relasjon til metodevalg*

## 3.8. Det åpne gruppeintervjuet

I det åpne gruppeintervjuet fungerer forskeren som mer eller mindre en debattleder. Metoden egner seg spesielt godt når gruppen skal beskrive sine erfaringer om spesielle forhold. I et gruppeintervju kan det skje en fortolkningsprosess underveis ved at deltakerne deler opplevelser som påvirker de andre til å formulere det de kanskje ikke har klart å gi uttrykk for tidligere. Morgan (1993) i Jacobsen (1995) beskriver hovedforskjellen mellom det

individuelle intervjuet og gruppeintervjuet som forskjellen mellom hva og hvordan i besvarelsene. I begge tilfellene kan hva som har skjedd bli greit beskrevet, mens begrunningen gjerne fremtrer tydeligere i et gruppeintervju. Gruppeintervju er dessuten godt egnet når en nettopp ønsker et gruppesynspunkt, og for å vite om det er konsensus i gruppen.

Når det gjelder rammer og form er det flere hensyn å ta. Størrelse på gruppen, hvem skal delta, hvilken rolle skal undersøkeren ha - og hvor mange intervju skal gjennomføres. Jacobsen (2005) mener at gruppens størrelse ideelt ligger mellom 5-8 personer. For liten gruppe kan gi for liten bredde, for stor gruppe kan bli vanskelig håndterbar- og lett for å spore av. Undersøkeren stiller spørsmål, lytter og ber om utdyping. Intervjueren inntar vanligvis selv en mellomting mellom en passiv og en aktiv rolle, hvor det for eksempel avbrytes for å be om utdyping og klargjøring av svar. Intervjueren kan også innta en aktiv rolle for å styre at deltakeren kommer til orde- eller for å begrense enkeltpersoner i gruppen dersom det er noen som dominerer for mye.

En gruppe kan være homogen, ved at deltakerne har relativ lik og felles erfaringsbakgrunn. Middels heterogen, noe er likt som for eksempel kjønn - mens erfaringene kan være ulike. En tredje variant er rent heterogene grupper, hvor undersøkeren på forhånd ikke har gjort et bestemt utvalg i forhold til deltakere (Jacobsen, 2005).

## 3.9. Det individuelle intervjuet

Denne metoden er egnet når vi er interessert i hva det enkelte individ sier, når få enheter skal undersøkes og når vi ønsker å vite mer om hvordan enkeltpersoner fortolker et spesielt fenomen. Intervjuene kan gjennomføres ansikt til ansikt, eller ved bruk av tekniske hjelpemidler, men erfaringer tyder på at den som blir intervjuet viser større åpenhet ved ansikt til ansikt (Jacobsen, 2005).

Intervjuet kan ha ulike grader av åpenhet. Alt fra å ha karakter som en vanlig samtale uten begrensninger eller styring fra intervjuerens side- til å være helt lukket, med faste svaralternativer. Hensikten med intervjuet kan være skjult eller åpent, som ved observasjon. Varigheten av et individuelt intervju ligger som regel mellom 30 minutter opp til 2 timer.

Jeg har ikke foretatt særskilte individuelle intervju i forbindelse med forskningsspørsmålene, men i forhold til observasjon av reaksjoner på fotoutstilling og filmvisning har jeg stilt

oppfølgingsspørsmål. Disse spørsmålene har hatt mer karakter av en samtale enn et intervju, og jeg har ikke fortalt at de jeg har snakket med at jeg har sett etter reaksjoner.

## 3.10. Observasjon som metode

Observasjon som metode er å samle informasjon ved å observere mennesker i gitte situasjoner. Den som foretar observasjonene noterer med egne ord hva som skjer, eller bruker et avkrysningsskjema. Metoden er egnet for å se hva personer gjør, ikke hva de sier de gjør. Registrering av atferd kan skje i en kontekst, som for eksempel registrering av kundebehandling.

Observasjon kan være åpen, den eller de som undersøkes vet at de blir observert. Ved skjult observasjon er ikke dette kjent, og de som den/de som undersøkes har i mindre grad tendens til å endre atferd. Sentrale spørsmål er om observasjonene utføres i naturlige eller i kunstige omgivelser. Og videre om tidspunkt for når observasjonen skjer – og hvor lenge observasjonen skal pågå.

Ved deltakende observasjon er den som observerer en naturlig deltaker. Svakheten er at observatøren kan komme til å bli for aktiv, og dermed påvirke de som blir observert via for eksempel samtaler og diskusjoner. Ikke deltakende observasjon er mer en avstandsbetraktning. I forhold til forskningsspørsmål 2 og 3 er det brukt observasjon som metode, men på ulike vis.

## 3.11. Forskingsetikk og etiske dilemma

I forbindelse med prosjektet har det vært flere vanskelige etiske problemstillinger. Etikk dreier seg om hva som er riktig og hva som er galt, hvilke vurderinger som ligger til grunn for våre handlinger. I dette avsnittet vil jeg beskrive aktuell teori om forskningsetikk, men samtidig også å belyse noen av de områdene jeg selv har opplevd som spesielt problematisk.

Gjennom prosjektet ”Kjærlig vekking” har mange personer blitt eksponert: pasienter, pårørende og personell. Spesielt utfordrende har eksponeringen som har skjedd gjennom fotografering og filming av pasienter. Film og foto er varige og bestående minner og avtrykk, og i tillegg kan det være vanskelig å kontrollere etterbruk.

Når det gjelder forskningsetikk er det knyttet konkret opp til forskningsspørsmålene. Hvordan mennesker blir brukt - og observasjoner blir foretatt. Filosofen Immanuel Kant (i Jacobsen,

2005) mest kjente etiske lov- eller kategoriske imperativ- er: ”Du skal aldri ville bruke noe menneske bare som et middel”. Setningen oppsummerer svært mye av de etiske problemstillingene jeg selv har tatt stilling til i løpet av hele prosjektperioden.

### *Etiske problemstillinger i forhold til forskningsspørsmålene*

I følge Jacobsen (2005) er det en grunnleggende forutsetning for all forskning at den som undersøkes er informert - og har samtykket. Et krav som inneholder fire komponenter:

- At de som deltar i undersøkelsen har samtykkekompetanse, det vil si at de er i stand til å vurdere om de ønsker å delta i undersøkelsen
- At deltakelse er frivillig, uten press fra utenforstående
- At de har fått full informasjon om undersøkelsens hensikt, eventuelle ulemper og fordeler
- At informasjonen ikke bare er gitt, men også forstått

Som nevnt innledningsvis er forskningsetikk knyttet opp til hele forskningsprosjektet - og ikke kun enkeltundersøkelser og observasjoner. Jeg vil likevel fragmentere noen av erfaringene for å forsøke å gi et bilde av de ulike aspektene av problemstillinger under veis.

**Forskningsspørsmål 1** Undersøkelsen er gjennomført ved to intervju av to homogene grupper av erfarent personell. Prosjektet ble innmeldt til personvernombudet som studentprosjekt ved ”Meldeskjema for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter)”. Personvernombudet besvarte mottatte meldeskjema med presiseringer som er i tråd med Jacobsens hovedkomponenter for informert samtykke:

> Viser til mottatt meldeskjema for prosjektet "Omdømme av sykehjem som kunnskapsorganisasjon". Undertegnede er saksbehandler for prosjektet. […]samt at det er frivillig å delta, at man kan trekke seg fra studien uten begrunnelse, og at prosjektet avsluttes 01.09.10. Jeg ber om at du sender meg et revidert skriv, samt intervjuguide. Saksbehandlingen kan da avsluttes.
>
> E-post fra, Kjersti Håvardstun, rådgiver, Perosnvernombudet

Som det kommer fram i e-posten hadde jeg ved første innmelding ikke vært tydelig nok på at informantenes bidrag er basert på frivillighet, og heller ikke på at de når som helst kunne trekke seg. Revidert skjema ble kort tid etter godkjent.

Informantene ble informert om prosjektet skriftlig i forkant, og muntlig ved selve intervjuene som ble tatt opp på bånd. Egen avtale om destruering av opptak var klarert med informantene i forkant. Når det gjelder de fire komponentene Jacobsen (2005) presiserer i forhold til informert samtykke, har informantene etter mitt skjønn hatt kompetanse til å avgjøre om de ønsker å delta, de har deltatt på frivillig grunnlag - selv om jeg ikke helt kan utelukke at noen kan ha følt at deltakelsen har vært en slags borgerplikt. De har fått informasjon, og jeg har oppfattet at informantene har forstått informasjonen. Ingen svarte at de opplevde ubehag i forhold til at intervjuene ble tatt opp på bånd, noe som likevel ikke helt kan utelukkes. Slik jeg vurderer informasjonen i etterkant er den ikke spesielt følsom eller privat, men i min videre bearbeidelse av intervjuene er kildene anonymisert etter avtale.

**Forskningsspørsmål 2** Her har jeg bevisst valgt å ikke innhente informert samtykke i forkant. Begrunningen var jeg litt inn på tidligere, nemlig ønsket om ikke å påvirke deltakernes prestasjoner i arbeidet med de kreative prosessene. Deltakerne i idédugnader jeg har brukt i eksemplene er i ettertid informert. I forhold til idéer som er virkeliggjort er de offentliggjort gjennom selve filmen. Andre prosesser som ikke er realisert er ikke sporbare. I forhold til dette forskningsspørsmålet, er de etiske problemstillingene nærmest motsatt. Hvem skal krediteres for ideer som blir utviklet i et fellesskap? I forhold til filmen er elevene kreditert i rulleteksten for idé og produksjon, men ikke navngitte kolleger. Begrunnelsen er at *ungdomsbedriften* hadde fått ansvar for å gjennomføre et oppdrag, og at ideene som ble overlevert elevene senere ble bearbeidet og tilpasset deres fortolkning gjennom redigering i sluttproduksjonen.

**Forskningsspørsmål 3** Har til en viss grad både vært en metodologisk og etisk utfordring. Metodologisk er det vanskelig å knytte reaksjoner på filmen og fotoutstillingen opp mot forskning. Jeg har ikke vært i stand til å tallfeste hvor mange som har blitt følelsesmessig berørt, men kun referere til et overveiende inntrykk basert på observasjoner. Forskningsspørsmålet tenderer etter mitt skjønn og i forhold til aktuell teori mer av å være en undersøkelse enn en forskning, ikke minst på grunn av mangel på systematikk. Jeg kan vanskelig se for meg hvordan jeg kunne ha gjennomført en systematisk og tallfestet analyse av reaksjoner.

Som tidligere beskrevet har jeg valgt å være deltakende observatør, jeg har selv vært til stede. Men jeg har valgt å ikke si fra om at jeg aktivt har observert ulike reaksjoner. Samtidig har jeg gjort min rolle som prosjektleder til kjenne i forbindelse med hver visning, enten muntlig eller

ved utlevering av program og informasjonsbrosjyrer. De reaksjonene jeg har observert har etter mine vurderinger ikke kunne ha blitt påvirket av min tilstedeværelse. Ingen kan heller identifiseres i den videre bearbeidelsen. Jeg har fulgt opp med tilleggsspørsmål av enkeltpersoner, eller små grupper på 2 til 3 personer. Utvalget har gitt seg selv, enten ved at jeg har stilt oppfølgingsspørsmål ved synlige reaksjoner - eller i ved at personer på eget initiativ har kommet til meg og delt tanker og følelser. Jeg har ikke benyttet intervjuguide, men har valgt å følge opp med spørsmål som har falt seg naturlig i den gitte situasjonen, som for eksempel: ”Kan du si noe om hva du reagerte på i filmen?” Eller; ”Hvorfor tror du dette bildet gjorde spesielt inntrykk på deg?” Uttalelser og observasjoner har bidratt til å skape et inntrykk, men jeg kan ikke si med sikkerhet verken hvor mange som tallmessig har blitt berørt, eller hvordan jeg skulle ha utført en slik undersøkelse forskningsmessig etisk korrekt.

### *Etiske problemstillinger i forhold til prosessen*

I forbindelse med prosjektgjennomføringen har flere etiske spørsmål og problemstillinger vært sentrale. Jacobsen (2005) nevner spesielt eldre i sykehjem som en gruppe hvor mange har mistet mye av sin vurderingsevne som en sårbar gruppe. Selv om ingen av forskningsspørsmålene er direkte rettet mot pasientene, er det de som er hovedpersonene for all eksponering. En oversikt over noen etiske utfordringer og praktiske løsninger knyttet til disse følger i de videre avsnittene.

### *Informert samtykke*

Jacobsen (2005) beskriver informert samtykke som forutsetning for samfunnsvitenskapelig forskning. Som jeg har vært inne på er pasienter i sykehjem av naturlige årsaker ikke alltid i stand til å gi samtykke selv, de mangler samtykkekompetanse. Begrepet brukes spesielt i forhold til helsehjelp – som i prinsippet skal være frivillig. I forhold til prosjektet har spørsmålet om å være i stand til å gjøre selvstendige vurderinger, og å ta egne valg også kommet opp. Ved utvelgelse av pasienter ville det kunne ha gitt et forkjært bilde av sykehjem å ta med kun pasienter med ’medisinsk’ samtykkekompetanse. 80 % av pasienter i sykehjem har en kognitiv svikt eller en demenssykdom. Flere av pasientene som deltar i prosjektet mangler også samtykkekompetanse, noe som har satt krav til tett oppfølging og dialog med pårørende.

I et tilfelle ønsket pasienten selv å delta, men pårørende ønsket det ikke. Her hadde pasienten samtykkekompetanse, men jeg valgte likevel å utelate den aktuelle personen for å unngå eventuelle konflikter i ettertid.

Hos alle pasienter i sykehjem skal det være dokumentasjon på eventuelt manglende samtykkekompetanse. I ”Kjærlig vekking” ble det nødvendig å utarbeide et eget skjema for informert samtykke spesielt tilpasset prosjektet. For å sikre god ordlyd og rett formulering har jeg hatt tett kontakt med Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora (NESH) gjennom flere telefonsamtaler og flere e-poster, både ved rådgiver og jurist. Første utkast ble kommentert med at det var behov for både presiseringer og avklaringer:

- Teksten er mer deskriptiv enn forklarende
- Behov for avklaring i forhold til videredistribusjon
- Teksten vil tjene på en mer personlig du-form: ”Det er ingen som snakker slik til en person”

*Utdrag av svarbrev fra jurist via e-post fra Espen Gamlund, sekreteriatsleder ESH*

Spesielt den siste setningen ble en oppvekker- jeg hadde tilstrebet å utforme et så ”riktig” formulert skriv at informasjonen ble vanskelig tilgjengelig. Jacobsen (2005) beskriver forståelse som den fjerde hovedkomponent i forhold til informert samtykke, og her var altså språket i seg selv en hindring.

Andre etiske problemstillinger i forhold til eksponering av pasientene, er knyttet opp til valg av scener. Dette vil bli diskutert i kapitlet om dataframstilling og analyse- under avsnittet om forskningsspørsmål 2 - om kreative prosesser.

### *Taushetsløfte*

Elevene har i løpet av prosjektperioden fått tilgang til taushetsbelagte opplysninger både direkte og indirekte. Jeg valgte å utforme et forenklet skjema for taushetsløfte for elevene i ungdomsbedriftene. I tillegg brukte vi noe tid til diskusjon og refleksjon omkring praktiske og etiske forhold knyttet til taushetsløftet. Elevene har fått eksempler på hvordan opplysninger om pasienter, pårørende og personell ikke bør behandles, og har kommet med egne betraktninger om temaet.

### *Etiske problemstillinger i forhold til filmen og fotoutstilling*

Noen av pasientene hadde svært høy alder - over 100 år - mens andre hadde alvorlige underliggende sykdommer som tilsa kort forventet levetid. Selv om informert samtykke omhandlet bruk av filmen også etter at pasienten har gått bort, knytter det seg usikkerhet til hvordan pårørende eventuelt vil reagere ved at film og bilder fortsatt vil bli brukt. En del av bildene henger som permanent utstilling ved sykehjemmet, mens andre bilder vil bli vist ved for eksempel konferanser. Det samme gjelder filmen. I ettertid har flere institusjoner og skoler spurt om å få filmen til bruk i undervisning og til etisk og faglig refleksjon, en etterbruk som fortsatt på enkelte områder krever en grundigere avklaring, og som må diskuteres videre med pårørende og andre involverte.

## 3.12. Utvalg og prioriteringer

I dette avsnittet vil jeg gi en kort redegjørelse for utvalg og prioriteringer som er gjort, både i forhold til gjennomføring av prosjektet - og direkte knyttet til forskningsspørsmålene. I forhold til filming og fotografering har det vært gjennomført utvelgelse av i første rekke pasienter. Valg av scener til filmen og vinklinger i forhold til fotografering vil bli nærmere omtalt under forskningsspørsmål 2. i kapittel 5 - Data og analysedelen. Utvalg av kreative prosesser som ligger til grunn for forskningsspørsmål 2 omtales her. I tillegg har det vært gjort et utvalg i forhold til informanter til gruppeintervju i forbindelse med forskningsspørsmål 1. I forbindelse med forskningsspørsmål 3 er utvalget av naturlige grunner forbundet til det publikum som har vært tilgjengelig. Noen betraktninger vil bli behandlet her.

### *Utvalg av pasienter for filming og fotografering*

I utvelgelse av pasienter har jeg i første rekke forholdt meg til Sykepleier 1, både enkeltvis og i fag- og ledermøter hvor hele ledergruppen har deltatt. Også i møte med annet nøkkelpersonell, som i forbindelse med kreative planleggingsmøter, har diskusjonen om pasientutvalg vært oppe. I min forforståelse kunne det synes som om personer i sykehjem tidvis blir oppfattet som en homogen gruppe. Ønsket var derfor at prosjektet kunne gi et bidrag til å vise at pasienter i sykehjem er like forskjellige som mennesker ellers i samfunnet. Noen fellestrekk er likevel selvforklarende, som det å ha en helsesituasjon og /eller omsorgsbehov som gjør at heldøgns opphold i institusjon er nødvendig.

I møter med blant annet ledelsen i Nordic Light ble jeg anbefalt å velge pasienter som var mentalt adekvate. Grunnen til det var at de skulle ha et mer våkent blikk og større

uttrykksevne. For meg har en slik prioritering vært helt uaktuell. Ikke minst fordi - som allerede nevnt- at majoriteten av pasientene har en eller annen form for mentalsvikt eller demenssykdom. Dessuten har ikke intensjonen vært å formidle våkenhet, selv om jeg har forståelse for at det har en viss fototeknisk betydning.

Av praktiske grunner ble det bestemt at alle pasientene skulle bo eller ha opphold ved Rokilde sykehjem. Det hadde både med forberedelser til fotografering og filming å gjøre, og i forhold til det praktiske i det å ha en kontinuerlig kommunikasjon og dialog med pasienter og pårørende. Jeg satte derfor opp følgende variasjonskriterier i forkant av prosjektet.

- Å vise aldersspredning. Snittalderen er høy, men det er ikke uvanlig at yngre eldre har sykehjemsplass. Utvalget av pasienter ble til slutt fra ca 68-101 år.
- Diagnosespredning. På et tidspunkt ble det vurdert å formidle hoveddiagnose sammen med pasientenes fornavn i programheftet for nettopp for å vise mangfold. Som demenssykdom, terminal kreftsykdom, hjerneslag osv. Av etiske grunner ble offentliggjøring av diagnoser forkastet, men utvalget gjenspeiler likevel en slik spredning**.**
- Kjønn. Selv om de fleste sykehjemspasienter er kvinner valgte vi å gjøre en kjønnsmessig lik fordeling. En grunn var nettopp for å få fram et mer nyansert bilde av de personene som deltok.
- Avdelingsvis. I forhold til praktisk gjennomføring både av antall fotografier og utstillingsplass ble det bestemt å ha med åtte pasienter til fotoprosjektet ”Livet lever”. For å inkludere flest mulig var planen å ha med to pasienter fra hver avdeling. Slik ble det dessverre ikke, noe som medførte konflikter i etterkant. Jeg vil komme tilbake til dette i et eget avnitt i analysedelen. I filmen ble det bestemt å ha med tre hovedkarakterer, her ble det tatt hensyn til kommunikasjonsevne

## 3.13. Utvelgelse av informanter til gruppeintervju Forskningsspørsmål 1

Ved utvelgelse av informanter i forbindelse med forskningsspørsmål 1- om formidling av kunnskap i filmen har det vært gjort flere avveininger, og noen endringer. Under planlegging av filmen, hadde jeg et ønske om å beskrive ansattes kunnskap – eller rettere, å vise

viktigheten av kunnskap relatert til kvalitet. Etter mange års praksis har jeg egne oppfatninger av hvordan kunnskap kommer til syne, og hvilke ferdigheter som er av avgjørende betydning for å yte tjenester av høy kvalitet. Jeg hadde likevel en uklar formening om hvordan mine kolleger betrakter temaet. Undersøkelser som er gjennomført i løpet av dette prosjektet har derfor hatt som mål å identifisere noen av disse refleksjonene fra erfarent personell. Tanken var at å vise ansatte som kunnskapsarbeidere virker attraktivt på potensielle arbeidstakere som ønsker å bruke egne ferdigheter, egen kompetanse og være i et lærende og kunnskapsutviklende miljø.

Fordi at filmen skulle vise kunnskap i sykehjem ønsket jeg å ha med fagpersonell med minst tre års erfaring fra arbeid i sykehjem. Med fagpersonell mener jeg personell med offentlig godkjenning eller fagbrev i relevante helsefag. For sykehjem er det i hovedsak sykepleiere og hjelpleiere/omsorgsfagarbeidere.

Kristiansund har fire sykehjem, og et par enkeltavdelinger som drives etter lov om sykehjem i andre lokaliteter. Jeg valgte *ikke* å intervjue personell fra egen organisasjon, og heller benyttet personell fra to andre sykehjem som informanter. Årsaken er todelt. Det ene er at jeg gjennom mitt arbeid som fagutviklingssykepleier har hatt tett dialog med svært mange ansatte ved Rokilde sykehjem, og derfor kjenner til mange betraktninger omkring kunnskapsbegrepet. Refleksjoner som gjennom systematisk dialog både har påvirket min erfaringsbakgrunn, og motsatt. Mine tanker og synspunkter er dessuten relativt kjent gjennom ulike fora. Jeg betraktet det dermed som en reell mulighet at svarene i større grad kunne komme til å bli påvirket av denne interaksjonen, enn ved å intervjue personell jeg til daglig ikke møter. I løpet av forberedelser til prosjektoppstart har jeg likevel god innsikt i ulike betraktninger fra mange kolleger ved egen organisasjon, spesielt i forbindelse med egne refleksjonsmøter som vi har kalt s*pekulatorium.*

Spekulatoriumet har involvert ansatte i relasjon til tanker, refleksjoner og diskusjoner om kunnskap og kompetanse, kvalitet, roller og ansvar. Videre også om motivasjon, omdømme og identitet. Hver mandag i om lag 6 måneder har jeg ledet disse møtene med grupper på 4-8 ansatte og vikarer samlet fra alle de fire avdelingene. Gruppen har vært blandet av ufaglærte og fagpersonell, uerfarne og erfarne.

Sykepleier I. ved hver avdeling har hatt ansvar for utvalg av deltakere. De har plukket ut personell som kan ha gitt uttrykk for å være generelt lite reflekterte og til dels har vist uklare holdninger - i kombinasjon med personell som viser seg som tydelige og gode rollemodeller.

For egen del har jeg brukt erfaringene fra disse samtalene for å få en dypere innsikt i personalets betraktninger på områder som berører tema for prosjektet. Jeg har anvendt ulike metoder i dette arbeidet, blant annet bruk av metaforer.

Thomas Sewerin (1996) sier at det å bruke lignelser og bilder kan være en hjelp til å sette fantasien i bevegelse, og i tillegg kan være med å kaste et nytt lys over virkeligheten. Et eksempel på en metode som er benyttet er Visual Explorer, bildekort med ulike motiv. Personene i refleksjonsgruppene har blitt utfordret på ulike tema, blant annet uskrevne regler, muligheter for endring. Utdrag fra bruk av metaforer er vedlagt referat fra ”Spekulatoriet”, februar 2010 (vedlegg nr.8).

## 3.14. Utvalg av prosesser – Forskningsspørsmål 2

I forhold til forskningsspørsmål 2, identifisering av kreative prosesser, så har jeg brukt notater og referater fra både formelle og uformelle møter, samt refleksjonsnotater gjort underveis. Jeg har forsøkt å velge kreative situasjoner som har først til endring av planer, eller en tydelig fremdrift i prosjektarbeidet. Utvalg av samarbeidspartnere har skjedd via henvendelser til avdelingene, gjennom ledere og via invitasjonsskriv til avdelingene.

Samarbeid i planlegging av fotografering har i all hovedsak skjedd i direkte samarbeid med ansvarlig ungdomsbedrift, Visuell UB. Bedriften gjennomførte en presentasjon over hvordan de ville løse oppgaven etter vurdering av oppdraget.

Ungdomsbedrift med ansvar for film – INK UB kom ikke selv med et slikt forslag før de hadde mottatt resultat fra idédugnad ved Rokilde sykehjem. Forespørsel til ansatte om å delta på idédugnad gikk via alle fire Sykepleier I. De skulle deretter gjøre invitasjonen kjent til aktuelt personell. Tre personer meldte seg, to sykepleiere og en hjelpepleier, alle fra den avdelingen filmen skulle spilles inn på. Jeg vurderte det som mer hensiktsmessig å ha med engasjerte personer som selv ønsket å bidra, enn en stor gruppe for å få lik avdelingsvis fordeling. Bakgrunnen for valg av avdeling var av praktiske grunner siden fleste pasientene som skulle være med i filmen bodde der.

Filmen har gjort krav på betraktelig mer planlegging enn diskusjon om bildene. Prosessene i er derfor i hovedsak knyttet til planlegging av opptak av scener. Som tidligere beskrevet har kvalitetsforskriften en sentral plass i filmen, noe som også har lagt føringer for de kreative prosessene.

## 3.15. Om informanter - Forskningsspørsmål 3

I sammenheng med visning av utstillingen – og filmen spesielt - har jeg gjort notater på umiddelbare reaksjoner, også ved egen arbeidsplass. Informantene er dermed de personene som har sett utstillingen og /eller filmen.

De fleste visningene har vært for ansatte og pårørende ved Rokilde sykehjem. I tillegg ble den åpne utstillingen vist for ordinært publikum ved utstillingslokalene under Nordic Light. Det samme gjelder filmen som ble vist ved Caroline Kino- og konferansesenter i løpet av festivaluken. I hovedsak kjenner jeg ikke bakgrunnen til de personene som så filmen og utstillingen, men i noen tilfeller har jeg notert relevante opplysninger på dem jeg snakket med direkte.

Målgruppen til både film- og fotoutstilling har vært bred. Ønsket var å nå ut til alle interesserte – også ved besøk på nettsiden til sykehjemmet. Det kan være potensielle arbeidssøkere, helsepersonell, pårørende, journalister, politikere og andre. Det har derfor vært interessant å observere reaksjonene fra et bredt publikum.

Selve spørsmålsstillingen har vært et forsøk på naturlig oppfølging med de uttalelsene og de reaksjonene som har kommet til syne eller uttrykk, og ikke en intervjuguide.

## 3.16. Oppsummering

I forskningsspørsmål 1 har det empiriske feltet som nevnt vært erfarent personell fra to av fire sykehjem i Kristiansund. I forrige avsnitt beskrev jeg hvorfor jeg ikke har valgt å bruke personell fra eget sykehjem i fokusgruppeintervjuene om kunnskap.

I forhold til forskningsspørsmål 2 har jeg benyttet relevant teori for å analysere kreative utviklingstrinn i løpet av prosessen. Analysen er basert på notater og refleksjoner som er gjort i løpet av prosjektperioden.

I forhold til det siste forskningsspørsmålet har jeg notert reaksjoner og uttalelser fra både fagpersonell og andre i forbindelse med visning. Et av målene med prosjektet var at publikum skulle bli berørt emosjonelt ut i fra den enkle filosofien at man ikke kan begripe før man gripes. Undersøkelsen er ikke gjennomført på en slik måte at den kan gjengis statistisk. Jeg har ikke sikre tall på hvor mange som så utstillingen, ei heller filmen - men til sammen har det vært flere hundre mennesker. Av naturlige årsaker har jeg ikke fått observert alle som har sett filmen og utstillingen, men langt de fleste.

Planen var å vise filmen og utstillingen for en lukket gruppe i forkant av selve fotofestivalen, men dette måtte dessverre skrinlegges. Valget ble derfor å gjennomføre undersøkelsen som beskrevet over, med notater fra møter med mer tilfeldige personer.

- Produksjon av filmen og fotoutstillingen er i sin helhet gjennomført ved Rokilde sykehjem av og med pasienter, personell og pårørende ved sykehjemmet.
- Informantene til forskningsspørsmål 1 er hentet fra to andre sykehjem, men forkunnskap om ansattes betraktninger er også hentet fra egen organisasjon ved refleksjonsmøtene i Spekulatoriet
- I forskningsspørsmål 2 er erfaringer fra prosjektet behandlet ved observasjon av de kreative prosessene og analysert ved bruk av valgt teori
- Forskningsspørsmål 3 bygger på refleksjoner omkring notater fra publikumsreaksjoner, og besvarte spørsmål og uttalelser

# DEL 4

# EMPIRI

## 4.1. Innledning

I dette kapittelet vil jeg først gi en beskrivelse av egen kommune og Rokilde sykehjem som til sammen utgjør det empiriske feltet. Om kvalitet, kunnskap og rekruttering i Kristiansund kommune, og deretter en beskrivelse av prosjektet. Jeg avslutter kapittelet med en beskrivelse av gjennomføring av egne undersøkelser.

## 4.2. Kristiansund kommune og Rokilde sykehjem

Selve film- og fotoprosjektet er i sin helhet gjennomført ved egen arbeidsplass, Rokilde sykehjem i Kristiansund. Kommunen har flere institusjoner som drives etter lov om sykehjem. I tillegg finnes heldøgns tilbud etter lov om kommunale tjenester for eldre med ulike bistandsbehov. Informantene i gruppeintervju om kunnskap er rekruttert fra to av kommunens fire sykehjem. Begge disse sykehjemmene er somatiske sykehjem med ulike typer pasientgrupper; korttidsopphold, langtidsopphold og skjermede avdelinger for pasienter med moderat til alvorlig demenssykdom.

Sykehjemmet har fire atskilte døgnavdelinger. En av avdelingene er en skjermet enhet for pasienter med moderat til alvorlig demenssykdom. De øvrige er somatiske avdelinger med korttids - og langtidsplasser, hvorav den ene avdelingen inneholder en integrert lindrende enhet for pasienter med behov for avansert symptomlindring i livets sluttfase. Sykehjemmet har 70 døgnplasser, og vel 100 ansatte.

Kristiansund kommune har såkalt flat struktur, med tonivåledelse. Rådmannskollegiet med rådmann og fire kommunalsjefer på topp- og enhetsledere på neste nivå. Det vil si at sykehjemmene i Kristiansund ledes av en enhetsleder, mens det ved hver avdeling er en Sykepleier 1 som har det daglige fagansvaret. Benevnelsen Sykepleier 1 erstattet de tidligere avdelingssykepleiere med overgangen til flat ledelsesstruktur. Avdelingene ved Rokilde sykehjem har fra 16-19 pasienter, og fra 20-25 ansatte, i hovedsak fordelt på 15 årsverk per avdeling. Administrativ ledelse og personalledelse ligger hos enhetsleder. Sykepleier 1 har jamfør den flate strukturen ikke personalansvar, kun fagansvar. Rollene praktiseres likevel ulikt. Tilsynelatende har de fleste Sykepleier 1 har valgt å forholde seg til oppgavene som før, det vil si som Avdelingssykepleiere. Altså i tråd med Andersson-Felé sin forskning (side19).

Rokilde sykehjem var opprinnelig et aldershjem, men ble omdefinert som sykehjem i 1999. Samme år ble det etablert spesialplasser for pasienter med behov for avansert symptomlindring - lindrende enhet. Sykehjemmet ble tatt opp i prosjekt i regi av helsedirektoratet for å utvikles til undervisningssykehjem i 1995, og ble godkjent USH i april 2008 (Lervik, 2010). Sammensetning av ansatte, type pasienter og organisering - er stort sett likt ved alle de fire sykehjemmene i Kristiansund. Rokilde sykehjem skiller seg dog ut ved å ha status som undervisningssykehjem. Min funksjon er som tidligere nevnt å drive med kvalitetsforbedring, fagutvikling og erfaringsspredning. I hovedsak på de områdene som faller utenfor det som kan karakteriseres som normal drift. Rokilde USH har hatt en aktiv kulturprofil siden 2006 med satsing på pasientnære kulturopplevelser og meningsfulle dager. Ved hver avdeling er personell med ansvar som kulturverter. Jeg deltar på vegne av sykehjemmene i Kristiansund i kommunens gruppe for å utvikle et bedre og mer samordnet kulturtilbud til eldre med behov for tilrettelagte kulturtilbud.

**Nettverk for spredning av erfaringer og kunnskap.** Rokilde sykehjem har en sentral rolle i flere nettverk. I egen kommune i forhold til Sykehjemsnettverk Kristiansund, i Møre og Romsdal fylke har Rokilde USH i samarbeid med undervisningshjemmetjenestene i Ålesund og Fylkesmannen - ansvar for drift av et faglig nettverk for alle kommunene i fylket. Hovedmålet med dette nettverket er å være et bindeledd mellom akademia og praksis, og bidra til mer praksisnær forskning og fagutvikling. I det faglige nettverket deltar også de tre høgskolene i fylket, Senter for omsorgsforskning i Midt-Norge. Et eget nettverk tilknyttet lindrende enhet er etablert både på kommunalt, fylkes- og regionalt nivå. Rokilde sykehjem deltar også i det regionale nettverket for USH og UHT i Midt-Norge, hvor i tillegg Fylkesmannen, samarbeidende høgskoler og Senter for omsorgsforskning er med. Rokilde sykehjem er dessuten deltaker i Helsedirektoratets nasjonale nettverket for USH og UHT.

Undervisningssykehjemmet er altså som USH forpliktet til å dele erfaringer fra utviklings og forbedringsprosjekt, og har etablert fora for samarbeid og erfaringsutveksling, hvor også prosjektet *Kjærlig vekking* inngår.

## 4.3. Om kunnskap, kvalitet og rekruttering i egen kommune - og organisasjon

Kristiansund kommune har utarbeidet en felles kompetanseplan for enhetene i kommunen, hvor det i hovedsak legges vekt på hvilken type kompetanse enhetene har behov for, og

prioriteringer i forhold til etter- og videreutdanning. Rokilde sykehjem har som mål å være en lærende organisasjon og ansatte har deltatt i et internt utviklingsprogram om medarbeiderskap. USH har et selvstendig ansvar i forhold til å gjennomføre undervisning og kunnskapsdeling i og utenfor egen kommune. Ny strategiplan stiller krav om at alle USH- eller ved den nye benevnelsen Utviklingssenter- skal arbeide kunnskapsbasert.

Kommunen har kjøpt tilgang til PPS- som står for "praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten". Det finnes en kvalitetshåndbok for pleie- og omsorgssektoren, men nettstedet er utdatert og det mangler samordning av fagprosedyrer for god praksis. Rokilde sykehjem utarbeider fortløpende fagprosedyrer for egen virksomhet, og publiserer disse på egen nettside (www.rokildeush.no). Kommunen har et kvalitetsråd for pleie- og omsorgstjenestene, som stort sett arbeider med klagesaker. Rokilde sykehjem har et eget brukerråd som er sammensatt av pårørenderepresentant fra hver avdeling – og hele lederteamet. Rådet ledes av en av representantene fra de pårørende - og det skal i første rekke ivareta pasientenes interesser og være aktive pådrivere for kvalitetsutvikling. De øvrige sykehjemmene i kommunen har per dags dato ikke egne brukerråd.

Kommunen har utarbeidet en egen rekrutteringsplan som konkluderer med at det skal opprettes en prosjektstilling for rekruttering. På grunn av anstrengt kommuneøkonomi er planen utsatt. En rekrutteringspatrulje har blitt etablert. Den har som målsetting å rekruttere flere ungdommer til helsefagutdanning.

## 4.4. Om prosjektet

Arbeidet med avhandlingen og arbeidet med selve prosjektet er naturligvis gjensidig nært forbundet med hverandre. Jeg har derfor i dette avsnittet valgt å gi en mer utfyllende presentasjon av selve prosjektet, samt av framdriften i arbeidet.

### *Bakgrunn*

I de seks siste årene har vært arrangert en årlig internasjonal fotofestival i Kristiansund. Ved flere anledninger har det ved egen enhet vært diskusjoner om sykehjemmet på en eller annen måte har kunnet fått etablert et samarbeid med festivalen ved hjelp av kulturmidler. Undervisningssykehjemmet har kulturtiltak som et av sine hovedsatsningsområder, og har en intern organisering med kulturverter ved hver avdeling. Målet er at kulturlivet i byen skal gjenspeiles også for de som trenger tilrettelagte tilbud. Eksempler på slike arrangement er Kristiansund, kirke, kunst og kulturfestival (KKKK) og Operafestukene i Kristiansund. Fram

til 2010 hadde vi ikke lyktes med å finne en egnet samarbeidsform med fotofestivalen Nordic Light.

De siste par årene har vi hatt diskusjoner rundt mulighetene for å få gjennomført en utstilling av fotografier av pasienter i sykehjem. Årsaken har vært sammensatt. På den ene siden var det som beskrevet over- et ønske om å være involvert i de kulturarrangementene som pågår i nærmiljøet. En annen intensjon var av mer praktisk art, nemlig mangelen på illustrasjonsbilder til brosjyrer, informasjonsmateriell, planer og rapporter. Det tredje og siste argumentet er allikevel det vesentlige i denne sammenhengen. Ønsket om å vise hvem disse menneskene er, at de er mer enn bare en diagnose og en pasient.

Høsten 2009 deltok jeg og en representant for kulturvertene ved Rokilde USH på Kultur og næringskonferansen i Kristiansund, hvor vi var de eneste fra pleie- og omsorgstjenesten. Sykehjem er tydeligvis ikke aktive partnere i forhold til det private næringslivet i egen kommune. På konferansen ble det knyttet kontakter mellom sykehjemmet, kultur og næringsliv. I ettertid er det lett å se at kombinasjonen av de nye kontaktene og inspirasjon fra konferansen har ført til en fortgang i planene om et fotoprosjekt. Ideen om filmprosjekt kom konkret som følge av konferansen. Utkastet til filmen ”Running girl” ble nemlig presentert for første gang for konferansedeltakerne. Filmen er et kommersielt prosjekt, finansiert av næringslivet i Kristiansund. Hensikten er å vise hva byen har å by på, både av kultur, natur, arbeidsliv med videre (www.runninggirl.no, 2010).

*Samarbeid med UB.*

I etterkant av konferansen begynte den konkrete planleggingen med å få produsert en fotoutstilling, en film og tilhørende brosjyre- og informasjonsmateriell. Og som beskrevet innledningsvis har jeg valgt å bruke ungdomsbedrifter (UB) til å utføre film – og fotoarbeidet. Oppdraget ble fordelt på to ungdomsbedrifter, hvor Visuell UB fikk ansvar for fotoutstillingen, og INK UB fikk oppdraget med filmproduksjonen. Begge bedriftene fikk på forhånd presentert prosjektplan både muntlig og skriftlig. Med det utgangspunktet skulle de utarbeide skisser på hvordan de ville gjennomføre oppgavene.

Jeg har hatt løpende kontakt med ungdomsbedriftene og ansvarlige faglærere ved skolen. Ved de innledende møtene var det å få oversikt over forventninger, muligheter, kostnader og tidsperspektiv det vesentlige. Etter hvert har det å utvikle en felles forståelse for hensikten med prosjektet, og hvordan formidle vært dominerende. Elevene skulle stort sett være alene

med pasientene ved selve filmingen og fotograferingen. Det var derfor et behov for at de var trygge både på seg selv- og på den ukjente situasjonen de skulle håndtere.

Elevene - som alle var i alderen 16-17 år, hadde ifølge egne utsagn liten til ingen kjenneskap til sykehjem. De sa ikke direkte at de følte seg usikre på å tilbringe tid sammen med gamle og syke pasienter, men usikkerheten kom fram på ulike vis. Blant annet også ved at kontaktlærer ga innspill om dette underveis. Flere måter å vise tilstedeværelse på ble diskutert, som blikkontakt, kroppsholdning, smil og vennlighet. Og eksempler på det motsatte. Hensikten med bevisstgjøringen var ikke bare å få elevene til å være tilstedeværende i forhold til pasientene de skulle filme og fotografere, uten også å få en dypere forståelse for det budskapet de var satt til å formidle. Som nærhet, respekt, vennlighet og omsorg. Jeg ønsket derfor at elevene skulle komme tett inn på pasientene i løpet av den tiden de hadde sammen.

### *Prosjektmidler*

Søknad om tilsudd til prosjektmidler (vedlegg 3) ble sendt rundt årsskiftet, samtidig som jeg var i tett dialog med helsedirektoratet for å sondere mulighetene for å få klarhet om det i hele tatt fantes muligheter for finansieringstilskudd. Til tross for svært anstrengt kommuneøkonomi fikk jeg klarsignal til å skrive kontrakt med ungdomsbedriftene i januar 2010 (vedlegg 3). Samlede kostnader ble stipulert til kroner 150 000,-. Hoveddelen tilknyttet produksjon og montering av bilder til fotoutstillingen.

### *Tidsplan*

Tidsplanen var lagt av seg selv, i det fotoutstillingen skulle være klar til den internasjonale fotofestivalen Nordic Light, 27.april til 1. mai 2010. I tillegg måtte selvsagt programheftene til utstillingen være ferdigstilt til den samme tidsperioden. Videre skulle det produseres sound-slides med lydopptak av samtaler av pasientene til visning samtidig med utstillingen, brosjyrer og program. Nordic Light hadde i utgangspunktet ikke rom for visning av filmen under sitt program, og det ble først ikke gjort noen mer konkret avtale enn at filmen skulle være ferdig før skoleårets slutt.

### *Prosjektorganisering*

Planen var i utgangspunktet at jeg med unntak av fortløpende møter med ungdomsbedriftene skulle jobbe alene med prosjektet. Ved flere anledninger har jeg hatt behov for å prøve ut

ideer, diskutere etiske problemstillinger og praktiske problemstillinger. Grunnet interne forhold i egen organisasjon i en periode uten fast etablert ledelse, har det vært en utfordring å forankre prosjektet. Siden prosjektet har medført stor aktivitet ved egen organisasjon har det å mangle faste møteplasser påvirket framdrift og utvikling. Det har dessuten skapt en del problemer jeg ikke var i stand til å forutse ved oppstart. For å få skapt et engasjement og organisasjonsmessig fotavtrykk har jeg benyttet meg av mer ad-hoc lignende metoder for å skaffe samarbeidspartnere til de ulike deler av planleggingen. Spesielt i forhold til utvalg av medvirkende pasienter, valg av innholdsmessig vinkling - og planlegging av scener. Noen mer eller mindre faste holdepunkter har det allikevel vært:

**Lederteamet** ved Rokilde sykehjem er definert som enhetsleder, faglig koordinator (meg), prosjektleder i lindrende behandling og de fire Sykepleier 1. Lederteamet skal normalt ha ukentlige møter. Alle i ledergruppen bringer inn saker til møtene. Jeg har i løpet av prosjektperioden prioritert å avklare praktiske og etiske spørsmål rundt utvelgelse av pasienter.

**Styringsråd og prosjektgruppe.** Underveis i prosjektet har jeg rapportert både til Rokilde USH sitt styringsråd, og til undervisningssykehjemmets prosjektgruppe. Mens styringsrådet har en kontrollfunksjon, har prosjektgruppen i følge statuttene det operative ansvaret ved USH. Prosjektgruppen for Rokilde sykehjem består av de samme personene som ledergruppen, men i tillegg sykehjemmets kontaktperson ved høgskolen i Molde og to nøkkelpersoner fra kommunens utviklingsavdeling, de to siste også representert i styringsrådet som henholdsvis leder og nestleder. Prosjektgruppen har møter en gang per måned, hvor det er jeg som kaller inn og er møteleder. Prosjektgruppen har fortløpende blitt orientert om prosessen, samt deltatt i diskusjon rundt det praktiske opplegget, spesielt i forbindelse med visning. Prosjektgruppen har som nevnt et operativt ansvar i forhold til styringsrådet. Saksforberedelser i forhold til søknader om tilskudd, orientering til styringsråd og forankring i kommuneledelsen er helt sentrale områder for prosjektgruppen.

**Ungdomsbedrifter.** Kontrakt med ungdomsbedriftene ble blant annet behandlet i prosjektgruppen før den ble signert. Tilknytning til profesjonelle fotografer og filmprodusenter ville blitt for kostbart, og ideen om å bruke elever ved kommunikasjons- og medialinjen ble utviklet. Jeg hadde på tidspunktet da prosjektet ble planlagt svært begrenset kjennskap til hvordan ungdomsbedriftene arbeidet, og vedrørende hva det var mulig og samarbeide om. Jeg kontaktet derfor fylket som ga meg beskjed om å bruke et lokalt firma før

videre kontakt med ungdomsbedriftene. Deretter gjennomførte jeg og en representant fra kommuneledelsen et møte med Undine. Selskapet er et privat entreprenørfirma som blant annet bedriver oppdragsbasert virksomhet innenfor lokal rekruttering - og næringsutvikling. Jeg oppfattet det slik at det var nødvendig å skrive kontrakt med Undine for å få etablert et samarbeid med ungdomsbedrift. Rokilde USH inngikk høsten 2009 en 3-årig avtale med Undine i prosjektet "Sammen mot 2011". Prosjektet er en handlingsplan for å styrke Nordmøres posisjon som bosted og reisedestinasjon. Ved å styrke næringsklyngene, øke entreprenørskap, forbedre infrastrukturen, fremheve mulighetene i eget distrikt. Ingen andre offentlige enheter eller institusjoner har så langt deltatt fra egen kommune. Deltakelse fra egen organisasjon representerer derfor noe nytt.

I tillegg til de møteforaene som er nevnt over har det altså ikke vært noe eget team. For meg har det vært helt nødvendig å ha støttespillere og diskusjonspartnere, spesielt i de kreative prosessene. Både i forbindelse med fotografering og filming har jeg derfor holdt ulike møter for idémyldring, hvor kolleger og ledelse har blitt invitert til å delta, som også beskrevet i metodekapitlet. Møtene i prosjektgruppen har vært sentrale i forhold til forankring, men også på grunn av det nære samarbeidet med kontaktperson fra Høgskolen i Molde som har delt erfaringer og kommet med anbefalinger i forbindelse med personvern og etiske refleksjoner.

På flere områder har prosjektet vært omfattende og utfordrende, og noen av de feltene vil det på grunn av oppgavens problemstilling ikke være naturlig å beskrive inngående. Jeg nevner derfor tre sentrale punkter her. Årsaken er at de samlet sett har bidratt til en opplevelse av usikkerhet og dilemma som jeg i liten grad har reflektert over på forhånd, det ligger liten kompetanse internt i egen kommune, og som på enkelte områder enda ikke er avklart.

**Økonomi.** Usikkerhet i forhold til beregning, avklaring av oppstart og usikkerhet om muligheter for tilskudd. Det problematiske i det å bearbeide og overbevise ledelse og kolleger om viktigheten i å gjennomføre et så vidt tidkrevende og kostnadskrevende prosjekt i en kommune med svært stramme økonomiske rammer - uten å vite om søknad om tilskudd imøtekommes.

**Etikk og personvern**. Mange vanskelig avklaringer rundt utvelgelse av pasienter. Hvordan blir pasientene presentert, hvordan reagerer pårørende? Forstår de hva de har de har blitt med på? Hvordan formulere en avtale slik at den er begripelig for pasienter og pårørende, er etisk forsvarlig og juridisk dekkende for sykehjemmet? Hva om pasienter dør før publisering av

film og bilder? Hvordan forholde seg til eventuelle motforestillinger i etterkant? Jeg har brukt mye tid på avklaring av avtaler, dialog med pasienter og pårørende - og har hatt flere kontakter med både rådgiver og jurist ved Nasjonal etisk forskningsråd (vedlegg 6).

**Rettigheter** - å sette seg inn i lisensrettigheter i forhold til musikk, skrive utførlig søknad med detaljert filmbeskrivelse til Sony Norge for å få tillatelse til å bruke musikk (vedlegg 9). I forkant av søknad om rettigheter valgte jeg å be om et konsultasjonsmøte med en erfaren filmregissør. Et møte som viste seg å være svært viktig i forhold til min manglende innsikt om flere filmtekniske forhold. Spesielt dette med prosess, tidsbruk og rettigheter. Uavklarte grenseoppganger som at andre enn Rokilde sykehjem ønsker å bruke filmen i etterkant. Hva innebærer det i forhold til rettigheter - og i forhold til punktet over- om personvern og avtaler med pasientene. Andre sentrale forhold i prosessen kan i hovedsak knyttes opp til forskningsspørsmålene, og vil bli nærmere belyst i løpet av oppgaven.

## 4.5. Gjennomføring av egne undersøkelser

### *Forskningsspørsmål 1*

Jeg har i forskningsspørsmål 1 valgt å bruke gruppeintervju. Informantene var erfarent personell ved to sykehjem utenfor egen organisasjon. Betraktninger rundt utvalg er presentert i metodekapittelet avsnitt 3.12.

Informantene ble plukket ut av enhetslederne ved sykehjemmene. Jeg sendte en forespørsel til enhetslederne i desember 2009. I e-posten ba jeg om at lederne kunne være behjelpelig med å formidle forespørsel om deltakelse til i gruppeintervju til erfarent fagpersonell. Jeg har definert dette til å gjelde personell med helsefaglig utdannelse – og minst tre års praksis.

I den opprinnelige planen var intensjonen å intervjue en gruppe med erfarent personell, en gruppe med lærlinger i helsefagarbeid og en gruppe med sykepleierstudenter. På grunn av tilgang på for få informanter i lærlingpraksis ble denne gruppen uaktuell. Invitasjon til sykepleierstudentene gikk ut via høgskolen, men på grunn av sammenfallende eksamen ble intervjuet i første omgang utsatt. Ved senere forsøk ble det et så stort sykdomsforfall at gruppeintervjuet ikke kunne gjennomføres.

Til sist fikk jeg 2 grupper med hjelpepleiere og sykepleiere med minst tre års erfaring fra sykehjem. Intervjuene ble gjennomført i løpet av 2 påfølgende dager på et møterom i tilknytning til Rokilde sykehjem. Ved begge intervjuene hadde informantene samtykket til at

samtalene ble tatt opp på bånd. Informantene hadde fra ca 7 til 36 års erfaring. I den første gruppen deltok 5 personer, 3 hjelpepleiere og 2 sykepleiere, hvorav den ene på mellomledernivå (Sykepleier 1). Intervjuet varte i 1 time og 20 minutter. I den andre gruppen deltok 3 personer, 2 hjelpepleiere og 1 sykepleier. Intervjuet varte i 60 minutter.

Båndene ble siden transkribert, og utgjorde vel 20 sider skriftlig materiale. Jeg brukte intervjuguide (vedlegg1) men selve intervjuene ble gjennomført som en åpen samtale hvor jeg styrte samtalen inn på neste spørsmål etter hvert som jeg fikk svar. I tillegg til å styre samtalen slik at temaene ble besvart, har jeg forsøkt å styre tiden hensiktsmessig for å få berørt de aktuelle temaene innen den tiden som var avsatt. I forkant hadde vi en avtale om å sette av ca 1 time.

Noen av informantene var mer pratsomme enn andre. Selv om jeg forsøkte å være ordstyrer viste transkriberingen at det var noen som kom til orde mer enn andre, men alle har uttalt seg om de temaene som ble berørt. Temaene var som følger:

- Generelt om kunnskap: kjennskap og refleksjoner rundt ulike kunnskapsbegrep
- Om utvikling og deling av kunnskap: erfaringer og eksempler
- Kunnskap og status: erfaringer i forhold til verditaksering av kunnskap
- Om å bruke kunnskap og ferdigheter: sykehjemsspesifikk kunnskap, hva er det
- Om yrkesstolthet - samt det å verdsette egen og hverandres kunnskap

Jeg har kategorisert de utskrevne intervjuene i tråd med tema, og kommentert funnene som egne notater i dokumentet. I analysedelen har jeg valgt å henvise til hvem av informantene som det refereres til med yrkestittel og forbokstav(er) i fornavn.

## *Forskningsspørsmål 2*

Jeg har et gjort et utvalg i forhold til det materiale jeg har til rådighet i form av referater og notater fra ulike møter. Etter å ha analysert flere situasjoner og prosesser, har jeg til sist valgt å begrense meg til i hovedsak én idédugnad for planlegging av filmscener og delvis i forhold til vinkling av bildene. Arbeidet med bildeplanlegging har i hovedsak skjedd direkte i samarbeid med Visuell UB. I avsnittet om prosjektorganisering (s.70) har jeg beskrevet forhold rundt selve gjennomføringen, og at det ikke ble etablert en egen prosjektgruppe. I stedet har det altså vært mer situasjonsbestemte eller ad-hoc lignende samarbeidsformer. Filmteamet kom i utgangspunktet ikke med noen presentasjon verken skriftlig eller muntlig

på hvordan de ville gjennomføre oppdraget. Jeg valgte derfor å gjennomføre en idédugnad for å utarbeide forslag til alle filmscener.

I tillegg til film og bilder ble det laget en flyer og et programblad med utvalgte fotografier, samt gjort lydopptak av pasienter under fotografering. Meningen var å produsere en soundslide med foto og pasientuttaleser, men stemmene til pasientene ble utelatt til fordel for musikk. Beslutningen er begrunnet ut i fra at det ble for liten tid til å gjøre adekvate juridiske og etiske vurderinger. Funnene i gruppeintervjuene ga prosjektet to tydelige retninger. Kunnskap og kvalitet, hvor kvalitet ble knyttet op til kvalitetsforskriften – og hvor kunnskap ble vinklet mot omsorgsperspektivet – og ikke til tekniske ferdigheter. I tillegg viste undersøkelsen at erfarent personell kjennetegnes av de samme egenskapene som beskriver kunnskapsarbeideren. Funnene i forskningsspørsmål 1 er derfor helt sentral i forhold til de kreative prosessene som omhandler utformingen av fotoutstillingen og innholdet i filmen. Ungdomsbedriften som hadde ansvar for fotografering virket allerede på et tidlig tidspunkt å ha forstått budskapet med å presentere pasienter som unike mennesker. Gruppen hadde også gitt en presentasjon av hvordan dette skulle la seg gjøre. De ville fotografere pasienter i varme omgivelser, ikke i kalde lange korridorer, bildene skulle være i farger, de skulle vise pasientene i situasjoner som ga en beskrivelse av hvem de var, blant annet ved bruk av personlige rekvisitter.

## *Forskningsspørsmål 3*

I løpet av premiereuken ble filmen ”Kjærlig vekking” vist to ganger daglig med prosjektor på undervisningsrommet. I tillegg ble den vist før morgenfilm i det offisielle programmet for Nordic Light Event (NLE) – og i loop en av festivaldagene. Utstillingen ”Livet lever” var som elevutstilling en del av det offisielle programmet under NLE, og i tillegg var deler av utstillingen presentert på sykehjemmet.

I forkant av premieren hadde jeg avtale om visning for sykepleierstudenter, men på grunn av flere sykdomstilfeller måtte avtalen dessverre kanselleres på kort varsel. Jeg bestemte meg derfor for å notere observasjoner av reaksjoner på film og fotovisningen, og stille noen få oppfølgingsspørsmål underveis - ved fotovisning, og i etterkant - ved filmvisning.

Tilskuerne på filmen ved visningene ved sykehjemmet har i hovedsak vært ansatte, pasienter og pårørende. Kinovisninger og den offisielle fotoutstillingen har vært åpent for alle

interesserte. Åpningstider har vært annonsert i lokalavisen, lokalradio, festivalprogram, kommunens nettsider, sykehjemmets blogg og egenproduserte flyere og program.

Utvalget av bilder som var bestilt som fast utstilling ved sykehjem ble overlevert ved en spesielt tilrettelagt tilstelning. Pasienter og pårørende til pasienter som hadde vært med på fotografering ble invitert til kanapeer og musserende vin, og pressen var til stede. Det ble valgt ut ett hovedportrett og fire mindre tilhørende bilder for hver pasient, til sammen 40 bilder til hovedutstillingen i festivaluken. I tillegg ble det laget ett portrett og to tilhørende bilder av hver pasient til permanent utstilling ved sykehjemmet, til sammen 24 bilder. Ved overrekkelsen ble bildene som skulle henge på sykehjemmet overlevert. Elevene som hadde tatt respektive bilde- presenterte de for pasientene, pårørende og pressen.

Selve fotoutstillingen ved sykehjemmet ble åpnet samme dag som filmpremieren og den offisielle åpningen av den internasjonale fotofestivalen Nordic Light.

# DEL 5

# DATAFREMSTILLING OG ANALYSE

## 5.1. Innledning

I dette kapittelet presenteres aktuell data og analyse for hvert av de tre forskningsspørsmålene. Jeg har valgt å dele inn hvert av spørsmålene under egne avsnitt som igjen er delt opp i:

Bakgrunn for spørsmålet
Sammendrag av intervju, observasjoner og funn
Analyse
Konklusjon

Etter avsnitt Forskningsspørsmål 3 om reaksjoner, har jeg valgt å ta med et tilleggsnotat om uventede reaksjoner på prosjektet.

## 5.2. Forskningsspørsmål 1

*Kunnskap. Hva kjennetegner kunnskap i sykehjem, og kan den kunnskapen som er nødvendig for å gi gode tjenester formidles gjennom prosjektet?*

### *Bakgrunn for spørsmålet*

Spørsmålet er sentralt i forhold til produksjon av filmen. Et av målene i prosjektet var å presentere kunnskap i sykehjem ved hjelp av kortfilmen. Og altså nødvendigheten av kunnskap for å ivareta kvalitet i tjenestene.

### *Sammendrag av intervjuene*

- Generelt om kunnskap: kjennskap og refleksjoner rundt ulike kunnskapsbegrep
- Om utvikling og deling av kunnskap: erfaringer og eksempler
- Kunnskap og status: erfaringer i forhold til verditaksering av kunnskap
- Om å bruke kunnskap og ferdigheter: sykehjemsspesifikk kunnskap, hva er det
- Om yrkesstolthet - samt det å verdsette egen og hverandres kunnskap

**Generelt om kunnskap og kunnskapsbegrep**

På spørsmål om kjennskap til elektroniske oppslagsverk svarte informantene at de var lite i bruk. Noen hadde hørt om PPS som er oppslagsverk for Praktiske Prosedyrer i Sykepleietjenesten. Ingen av de som ble intervjuet hadde selv benyttet systemet. Kommunens kvalitetshåndbok var også ukjent for intervjuobjektene. Noen mente de hadde hørt noe om

oppslagsverkene, men ingen av de som ble intervjuet hadde selv førstehånds kjennskap til bruk av systemene, og kunne med et par unntak heller ikke gjengi navn på de to mest sentrale elektroniske kildene for prosedyrer:

> Det skal jo være så fint program på data. Men det er jo ikke mye vi er inne og ser på. Men det har jo blitt mere nøye med prosedyrer enn det var før da, det føler jeg jo. Vi får mye kunnskap om det lell. Og det blir tatt opp, i alle fall hun (det refereres her til enhetsleder) som vi har, er flink til å komme med det som er nytt. Å forklare oss det. Om vi ikke sitter og leser det, så får vi det inn (A.M., spl).

I den ene gruppen mente informantene at det har blitt mer vanlig at spesielt nye sykepleierstudenter1*) bruker nettet som oppslagsverk, mens de før spurte praksisveilederen om flere ting: ”De er kjappe å gå på nett hvis det er noe de lurer på, men så kommer de gjerne og spør om det er slik eller sånn etter at de har lest. Det synes jeg er veldig greit, at de spør i tillegg altså” (AR, hj.pl.).

**) De fleste høgskoler med sykepleierutdanning er tilknyttet PPS- praktske prosedyrer i sykepleiertjenesten*

Ved spørsmål om informantene hadde kjennskap til det å være en lærende organisasjon svarte de at de var usikre, men at de gjør endringer i praksis ved å bruke lærdom: ”Men det er vel det som vi kanskje ofte gjør, vi prøver og lære i forhold til hva som er best for hver enkelt, og at det kanskje er en prosedyre for en pasient som kommer opp om natta. Og at det er en prosedyre for hver mann”, (D. hj.pl.).

**Om utvikling og deling av kunnskap**

Informantene beskriver at deling av kunnskap skjer på ulike vis. Ingen av avdelingene har avsatt tid spesifikt for refleksjon, men alle mener at både de formelle møtene som rapporter og lignende, og uformelle samtaler er viktig for utveksling av erfaringer. Eksempler går i hovedsak på pasientbehandling og på pleie. Hvilke tiltak som fungerer bedre enn andre, og gjerne som alternativ til medisinering En sier at: ”Jeg synes det er ille jeg altså, jeg ser av og til at en pasient vi har, en som er vanskelig altså, blir gitt beroligende medikamenter når det holder at vi sitter sammen med han i 5 minutter. Noen er enige, mens andre tyr alt for fort til medisiner” (A.R., hj.pl).

Som et apropos til omtalen av en pasient som *vanskelig*, var en informant i den andre gruppen oppatt av ikke å bruke slike benevnelser på pasientene. Uttalelsen er altså ikke en motreaksjon på uttalelsen over, men er tatt med for å illustrere ulike holdning til benevnelser:

> Ikke si at noen er vanskelig, tenk hvis det er moren din! Jeg tror jeg har gått hvis noen har kalt min mor for ¨å være vanskelig. Vi sier kanskje det at noen pårørende er

> vanskelig. Men når vi har på oss drakta må vi være profesjonelle. Det beste er å legge seg flat. Og videre: Nå vi for eksempel skal vi inn til xx, han er så sint- da skaper jeg negative holdninger hvis jeg sier at han er vanskelig, men jeg kan si at han er ikke enkel å stelle, Ikke lurt å være negativ til andre. Vær hyggelig og vennlig! (U.hj.pl).

Denne uttalelsen førte til en engasjert diskusjon om roller, hvem *vi* er på jobb. Hvordan vi møter pasientene og pårørende som profesjonelle. En sa: ”Når jeg har på meg arbeidstøy, tar på en rolle- og da representerer jeg hele avdelinga, ikke bare meg selv”(D.hj.pl)

Videre om det å dele erfaringer. En fortalte om hvilke erfaringer han hadde med en pasient som stadig sto opp på nettene:

> […] hun sover dårlig, så når vi deler ut nattmedisin tenker jeg at vi skal prøve noe nytt. Og jeg tromma til når jeg så hun stod opp. Jeg koka varm melk, hadde oppi honning, og tenkte: nå skal hun få lov til å drikke den varme melka, imens vi hadde en rolig stund. Det gjorde vi fordi dagen skulle bli avslutta med ro. Vi satt og pratet og hadde en kjempefin stund. Da ble pasienten rolig og avslappet når hun la seg (D.hj.pl.).

Informantene forteller om mange lignende eksempler, og at de gjør seg erfaringer om at ting kan gjøres på andre måter, og det gjerne er små tiltak som skal til. Men samtidig virker det som om det ikke alltid er like lett å dele kunnskap om gode metoder. Noen viser i følge informantene ikke så stor iver til nytenkning. Informanten over sier videre:

> Jeg tror jo noen ganger på disse gamle kjerringrådene, honning skal være fint for nattesøvna, og det å få en rolig avslutting på dagen. Det er jo en grunn til at hun er så urolig om natta. Man må jo prøve. Jeg vet ikke om det er noen som har prøvd det etter meg, men jeg skrev det opp (D.hj.pl.).

Et annet eksempel er om et ektepar som bor på forskjellige rom, der mannen blir urolig på kveldene. Informanten fortalte:

> […] at jeg måtte komme fram til en prosedyre på at hun får være med inn når han steller seg og sånn. At de får sovetabellettene samtidig. Han legger seg, men hun tar den mens han ser på. Også kysser hun han. Kysse, kysse og litt sånn. Han må ha veldig mye kjærlighet sa han, og da roer han seg ned. Og da kan hun gå inn å ta seg en røyk før hun legger seg eller få slappe av litte granne. Og da har han den tryggheta. Tidligere hadde han klatra ut av senga - og han var helt vill (N.hj.pl)

Informanten forteller at det er går greit å dele erfaringer innen eget team. Men at de bytter på pasientansvar etter en stund: ”Vi er primære til mange i slengen, på samme pasientene. Sånn at vi kan innarbeide rutiner, men så skifter vi avdeling vi. Så kommer det nye inn, så vi prøver liksom å samarbeide for og få det til å fungere på samme måte… eller best mulig måte” (N.hj.pl.)

Informantene forteller også at svært mye har forandret seg siden de begynte å jobbe i sykehjem, spesielt de med lengst erfaring mener at det er stor forskjeller. At det før var mer rutiner som styrte dagen, men at det nå er pasientenes behov: ”Det har forandret seg veldig mye. Før skulle de ligge i sengene. Sånn som til oss nå, ligger de og sover middagshvilen i sofaen. Legger de ned på sofaen, to stykker, så ligger de der og sover. Hvis du legger de i senga, sover de ikke,” (U.hj.pl.).

Informantene opplyser at det er motsand mot å tenke nytt, og at arbeidet skal tilpasses pasientenes behov - og ikke som en sier - at noen oppfører seg som det skulle ha vært motsatt. At pasientene skal tilpasse seg.

> Så har du de som du jobber sammen med, som sier at sånn har det vært i over 30 år [...]. Altså, det er mindre av det. Noen lukker igjen ørene når de har fått noen år på baken selv. Det er enkelte holdninger som henger igjen, at det skal være sånn som det alltid har vært (D.hj.pl).

Og videre fortelles det om å komme ny, eller om å få nye inn: ”Man merker det den som er helt ny og kommer inn. Hvordan det skal være. Hvor fort det går opp for deg at sånn er det, om du vil eller ikke (A.M. spl.) Hvor en annen repliserer: ”Men det er jo greit at det kommer inn nye og ser ting som kanskje ikke vi ser all vei. Så det er veldig positivt egentlig, det at det kan gjøres på en annen måte” (U.hj.pl) Om det å få kritiske innspill eller spørsmål til hvordan jobben utføres sier en:

> Jeg vet det at hvis noen hadde kommet og sagt hvordan jeg skal gjøre rutinene mine på natta, så tror jeg at jeg hadde blitt litt sånn; Ja vel, ja! Men det er jo sikkert fordi man jobber veldig ”sjøl sæ”. Men jeg synes jeg har en veldig god rutine, men det er jo ikke sikkert jeg har det som er optimalt (D.hj.pl.).

En annen faktor som ble berørt var at pårørende stiller tydeligere krav og har flere forventninger. Det siste oppleves også til besvær for noen, at forventningene kan være urealistisk store. En informant forteller at de på hennes avdeling har opplevd en bedring etter å ha satt av mer tid til samtaler med pasientenes pårørende: ”Det virker som om de sammenligner med andre avdelinger, og da må vi finne ut av det” (L.spl.).

**Kunnskap og status: erfaringer i forhold til verditaksering av kunnskap**

Informantene i begge gruppene mente at de blir respektert for den jobben de gjør, at den oppleves som viktig og at det blir sett av andre. Men en hadde denne erfaringen:

> Jeg har hørt noen si at sykepleiere på sykehus blir sett opp til, mens sykepleiere på sykehjem blir sett ned på. Ei som begynte hos oss nå taklet ikke ansvaret i sykehjem, hun gikk tilbake til sykehuset. For på sykehus er de ikke alene, det kommer en lege når de ber om hjelp, og de har flere sykepleiere på vaktene sine (A.M. sp.l)

En informant svarer: ”det er jo mer teknisk på sykehus da, men det er mye mer overfladisk!” (L.spl.).

En annen sa: ”Som hjelpepleier har jeg følt at jeg har blitt sett ned på – folk sier: du må jo ta sykepleien! Jeg kom inn på sykepleien jeg, men jeg trives godt som hjelpepleier” (D.hj.pl.).

Selv om de kunne oppleve at det er mer status i å arbeide ved sykehus beskrev begge informantgruppene at de overfor kolleger ikke merket noen holdningsmessige forskjeller i forhold til hvilken sykehjemsavdeling de arbeidet på. Om det var korttids, langtids eller skjermet. Alle sa at de opplevde mye takknemlighet i arbeidet, spesielt fra pasienter og pårørende. En mente at holdningene til det å arbeide i sykehjem har endret seg: ”Jeg synes jeg har merket en forskjell de siste 4-5 årene, spesielt de siste 2-3 årene” (B.R. s.pl.).

**Om å bruke kunnskap og ferdigheter: sykehjemsspesifikk kunnskap, hva er det?**

Informantene har som vist i de tidligere refererte utsagnene flere eksempler på at de hadde kommet fram til gode rutiner eller måter å behandle pasientene på. Og at de har klart å sette ord på hva som fungerer, og at de har delt erfaringene med sine kolleger. Informantene mener at det ofte er situasjoner som ikke kan forklares eller beskrives med ord, men at det handler om å virkelig bry seg: ”Sånn er det nesten med alle vet du… ja… når du jobber i pleien. Leve seg inn og tenke - hvis den personen hadde vært meg, hvordan har jeg følt det nå?”(U.hj.pl).

Jeg spurte om de trodde at alle tenkte slik, og fikk svar som: ”Nei, det tror jeg ikke. Nei, ikke i det hele tatt. Det har noe med empatien å gjøre[…]” (L.spl.). En hjelpepleier beskrev en situasjon hun hadde opplevd. En hendelse tilbake i tid som hadde gjort sterkt inntrykk, og som hadde preget henne senere:

> Jeg satt og holdt en pasient i hånden, en som skulle dø. En som ikke hadde noen andre ved siden av seg, bare jeg som var en fremmed person- og så spurte han plutselig om navnet mitt. Han ville vite hva jeg het. Han døde den natten. Husker jeg gikk hjem i nysnøen klokka 5 om morgenen, tenke hvor trist det er å dø uten noen kjære ved sengen sin, og at vi må være den som er de aller nærmeste (N.hj.pl.).

Kunnskap i sykehjem er i følge flere informanter komplekst. En sa: ”Jeg tror ikke folk aner hva vi holder på med! Når det vises reportasjer fra sykehjem på TV for eksempel, så viser de alltid bare noen som reier senger, eller lange triste korridorer.” Og videre: ”De har mange diagnoser, får mange medisiner som vi må følge opp virkningen av. De kan ha sondeernæring, sår, intravenøs behandling, oksygen..ja det er masse å følge med, og vi må jo tenke for pasientene når de ikke kan uttrykke seg selv. Hva som er best”(N.hj.pl.).

Om vanskelige situasjoner har informantene ulike eksempler. Som å gå inn til enkelte pasienter fordi de har vondt, er sinte eller utagerende, eller er krevende på en måte det av andre årsaker kan være vanskelig å takle. At pasienter ser seg ut pleiere kan skape konfliktsituasjoner. En beskriver at hun opplever det som spesielt at ting ikke blir tatt tak i: ”Det at ikke ting blir tatt i, jeg sier i fra til overordnede om at en pasient trenger medisinsk oppfølging, og at det drøyer i dagevis, men det skjer ingenting, glemmes- jeg takler det bare ikke” (N.hj.pl.). Mens andre beskriver: ”Jeg gruer meg til å gå på jobb når jeg går sammen med folk som ikke tar ansvar. Folk som er her bare for lønna, som ikke svarer når noen snakker til dem. De har ikke noe i dette yrket å gjøre!”(U.hj.pl.).

Det med ulike typer ble relatert til at det er som en sa: ”Det er krise med å få nok folk inn på jobb og vi må ta det vi får” (D.hj.pl.). Begge gruppene ga uttrykk for at det å være ny ikke nødvendigvis er noe negativt i seg selv, det kommer mer an på typen: ”Den kollegaen som tar ansvar, jobber selvstendig, kan godt være uerfaren- men hun er så samvittighetsfull at hun spør. Da er jeg trygg” (Å.hj.pl.).

I eksempler på spesielt gode situasjoner nevnte informantene spesielt det å lykkes – eller det å gjøre noe som pasientene setter pris på: ”Å få et vanskelig sår til å gro” (N.hj.pl.). ”At pasienten kjenner deg igjen, kanskje bare på stemmen, men det er også fint å fortelle en kollega at en pasient savner henne” (A.R.hj.pl). ”At der er så lite som skal til for at noen pasienter blir glad, som at du ruller håret, eller vanner blomstene”( Å.hj.pl.).

**Om yrkesstolthet – hva som oppleves som positivt**

Flere beskrev stolthet for yrket sitt og en opplevelse av å bli respektert. Men også at: ”Jeg synes det er litt for lett å bli hjelpepleier nå med voksenopplæring - alt folk kommer med papir på at de har en utdannelse nå - det går utover min yrkesstolthet!” (D.hj.pl).

Informanten oppsummerer egentlig mange av de positive elementene i yrket som også de andre poengterte, og supplerte, så jeg avslutter derfor med denne uttalelsen:

> Da jeg begynte i yrket, trodde jeg at jeg måtte arbeide bare sammen med umotiverte kjerringer som bare var på jobb for at de måtte. Og at det bare dreide seg om do - rutiner. Jeg forteller gjerne om de fordommene jeg selv hadde. Nå kan jeg si at det går ikke en dag uten at jeg ler, jeg har en bredspektret jobb og at vi for mange er den viktigste personen i den siste delen av livet" (D.hj.pl)

## *Analyse*

I analysen ser jeg etter uttalelser som svarer til selve omdømmeprosjektet generelt, og til behovet for detaljinformasjon til bruk i filmen spesielt.

Et noe overraskende moment for meg kom allerede innledningsvis på begge intervjuene. Nemlig stoltheten og tilfredsstillelsen over yrket, over det å gjøre en forskjell. Og i tillegg det at informantene opplevde gjennomgående å bli møtt med både respekt og takknemlighet. Disse opplysningene er delvis i kontrast til min forforståelse. Spesielt yrkesstoltheten, det at de var så bevisst på at de innehadde kompetanse til å ivareta de aller mest pleietrengende pasientene i kommunehelsetjenesten. Tilfredsstillelsen i å gjøre en forskjell stemmer godt overens med Hein (s.25) sin motivasjonsforskning. Samtidig mente de spurte at enkelte ikke hadde den rette motivasjonen, og egentlig ikke brydde seg om pasientene. Hein kaller arbeidstakere som kun bruker arbeidet som et middel for å realisere mål utenfor arbeidshverdagen for lønnsmottakere. Min erfaring er at desperasjonen etter å skaffe nye arbeidstaker- eller *hender* – gjør at alle omtrent blir kvalifisert uansett motivasjon. I forhold til filmen blir det derfor naturlig å fremheve ikke kun behovet for kunnskap, men også relasjonelle ferdigheter og interesse for medmennesket.

Som beskrevet i metodekapittelet har jeg i vel et halvt år hatt samtaler med ansatte og vikarer om lignende tema – kvalitet og kunnskap. Tema som ble behandlet i gruppeintervjuene. Forskjellen er i hovedsak at lederne har plukket ut personell som tilsynelatende har behov for refleksjon, i kombinasjon med de mer reflekterte. I de to gruppene jeg intervjuet virket det å være en høy selvbevissthet og refleksjon, som ikke synes å være representativt med utgangspunkt i de erfaringene jeg har fra de ukentlige refleksjonstimene. Noe som også informantene bekreftet i utsagn som: "*ikke alle passer i yrket.*"

Jeg hadde på forhånd sett for meg at i alle fall en filmscene skulle inneholde informasjonsutveksling rundt et av de elektroniske oppslagsverkene som er tilgjengelig i

kommunen. Med bakgrunn i besvarelsene syntes det å bli en feil framstilling, både med bakgrunn i manglende kjennskap til disse, men også informantenes vektlegging på den tause kunnskapen i omsorgen til pasientene.

I løpet av intervjuene ba jeg om eksempler på situasjoner som var beskrivende for kunnskap eller kunnskapsutveksling. Jeg fikk flere gode eksempler, og i hovedsak illustrerte de det samme, nemlig det å se - og sense. Kunnskap som empati, ved å sette seg inn i et annet menneskes situasjon.

Selv om begrepene ikke ble brukt, kunne jeg gjenkjenne arbeidsmetoder og læringsprosesser fra litteraturen. Tacit knowledge og kunnskap som kroppsliggjorte eller følelsemessige fenomen beskrives jamfør både Benner og Dreyfus & Dreufus (s.31) som automatisert kunnskap, eller ekspertkunnskap. Informantene beskrev situasjoner hvor det ligger i ryggmargsrefleksen å vite hva som skal gjøres, utviklet gjennom år med erfaring.

Samtidig kan det synes som om informantene skilte mellom knowing by doing, eller kunnskap som prosess som utvikles i relasjon med andre, og det som ligger nedfelt i prosedyrer. Assosiasjoner som oppsto under diskusjonen rundt kunnskapsbasert praksis (KBP, s.21) kan tyde på et syn om at nedfelt informasjon – som prosedyrer - er *riktig* kunnskap og noe mer statisk kunnskap.

I følge Blackler (s.34) er det et kunstig skille mellom strukturell og prosessuell kunnskap. Informantenes beskrivelse av arbeidsmetoder kan synes å korrespondere med denne oppfatningen. Prosedyrer kan angi standarder for god praksis, men kontekst kan medføre behov for improvisasjon eller endringer i framgangsmåte. Informantene beskrev evnen til å kunne gjøre riktige vurderinger ut i fra situasjonsbetingelser som eksempel på avansert kunnskap.

Informantene bekreftet for øvrig arbeidsmetoder som faller inn under det som kjennetegner kunnskapsarbeideren. Spesielt i forhold til individuelt tilpassede løsninger og dynamikken rundt tilpasning av tjenestene. På den andre siden ble situasjoner som ikke holdt kvalitetsmessig godt nok mål beskrevet som det motsatte. En manglende evne til improvisasjon og løsrivelse fra oppsatte rutiner kunne gi dårligere kvalitet i tjenestene.

Personalet beskrev også hvordan de til enhver tid justerte tiltak i såkalte individuelle tiltaksplaner, noe som også korresponderer med kunnskapsorganisasjonen kapasitet til å skreddersy løsninger (s.31->)

I begrepet *ba* – beskrives den kunnskapshjelpende kontekst som både fysiske og virtuelle møteplasser for deling og utvikling av kunnskap. I intervjuene beskrev informantene flere situasjoner for kunnskapsdeling, som beskrevet av Krogh et al (s.38)- som: direkte observasjon, historiefortelling, imitasjon, eksperimentering og sammenligning og utøvelse i fellesskap. Beskrivelsene framkom ved forespørsel om eksemplifisering av kunnskapsoverføring, og stemmer i tillegg godt overens med egne erfaringer fra praksis.

### *Konklusjon*

Jeg fikk bekreftelse på at de erfarne fagfolkene som var mine informanter på flere områder kjennetegner kunnskapsarbeidere, men at ikke erfaring i seg selv nødvendigvis gjør en novise til ekspert. Refleksjon over erfaring og evne til innlevelse framkom som vesentlig.

Som nevnt til å begynne med - var jeg på leting etter kunnskap som skulle kunne visualiseres. Av egen erfaring vet jeg at det er vanskelig å sette ord på ferdigheter som kan være avgjørende i møte med syke og gamle. Å etterspørre kunnskap som ikke en gang personalet selv enkelt klarer å sette ord på er en utfordring. Jeg fikk flere gode eksempler på kunnskap i sykehjemspraksis. I forkant hadde jeg trodd at informantene i større grad ville vektlegge tekniske ferdigheter, bruk av avansert medisinsk utstyr og vanskelige prosedyrer.

I stedet fikk jeg altså gjentatte eksempler på nærhet, respekt, vennlighet, omsorg og empati. Intervjuene har derfor i avgjørende grad bidratt til utforming av innholdet i filmen, og til en annen vinkling enn det jeg hadde sett for meg under planleggingen av prosjektet.

## 5.3. Forskningsspørsmål 2

*Kreativitet. Er det mulig å identifisere kreative prosesser under utvikling av film- og fotoprosjektet?*

### *Bakgrunn for spørsmålet*

Jeg ønsker å få svar på om det er mulig å identifisere kreativitet i prosessene for å gjøre erfaringer som kan brukes i andre forbedrings- og utviklingsprosjekt.

### *Oppsummering*

I det følgende vil jeg derfor gi et sammendrag av et av møtene som er representativ for denne prosessen. Jeg hadde i dette møtet et kreativt samarbeid med personell som meldte seg

frivillig til en idemyldring. Utgangspunktet var å finne scener som kunne bidra til å belyse kvalitetsforskriften, samtidig med å gi filmen et preg av nærhet og varme. Selv om ungdomsbedriften som hadde ansvar for fotografering hadde gitt en presentasjon over planene, så brukte vi litt tid på å diskutere alternative fotosituasjoner. I tillegg til at pasientene ble fotografert ble det gjort lydopptak av enkelte uttalelser som skulle legges på planlagt soundslide til presentasjon sammen med fotoutstilling og på nettsiden.

I arbeidet med scenene hadde jeg på forkant av det aktuelle møtet det refereres til her sett på kjerneinnholdet i kvalitetsforkriften. Sentralt i arbeidet var samtidig å unngå at filmen ikke ble et informasjonsprodukt om en forskrift. Ønsket var å vise betydningen av kvalitet i møte med pasienten.

Kvalitetsforkriften består som beskrevet i teorikapitelet av 16 punkter. Noen av punktene er beslektet. Punkter som er beslektet eller tangerer hverandre temamessig er summert i samme rubrikk i kolonne nr. 1. Jeg velger her å gjengi den rubriseringen vi kom fra til i fellesskap, og kommenterer deretter noen av punktene.

| **Pkt i forskriften** | **Intervju** | **Understøttes av følgende scener** |
|---|---|---|
| 1, 2, 15 | Hva tenker du om at hjemmet ditt er i et sykehjem?<br>Betyr det noe for deg hvilket sykehjem, eller på hvilken avdeling du bor? Hvorfor det?<br>Er det noe du savner? Noe du kunne ønsket vært annerledes? | Samtalen filmes. 2 pasienter intervjues. Kjent personell foretar intervju. Åpne spørsmål, svarene påvirker oppfølgingsspørsmål<br><br>Filme rommet? Vise hva hjemmet er? |
| 1,2,3, 4, 13 | Hvilke tanker har du om måltidene. Får du det du ønsker deg? Får du spise når du vil? Opplever du trivsel i forbindelse med måltidene? | Pasient med paprika<br>Formiddagslikør<br>Frokost på senga |
| 1, 2,4,6,16 | Intervju med ektefelle til pasient | Lotto, besøk m/ Cognac og sigar, piano |
| 1, 2, 5, 6, | Dialog med pasienten | Filme ”kjærlig god natt” og ”kjærlig god morgen”: stillhet, ro og varlighet |
| 1,2,7, 8, 14 | Dialog med pasienten om velvære | Manikyr, fotpleie, frisør |
| 1,2,9 | Intervju med pasient om tanker ved livets avslutning | Aktuell pasient ønsker å fortelle om egne tanker |
| 1,2, 10, 11 | Dialog med pasient, evt mellom lege/tannlege/ fysioterapeut og pasient | Legetilsyn, fysioterapi, tannbehandling eller lignede |

| | | |
|---|---|---|
| 1,2 og 12 | Evt skuespiller stemme som ”forklarer” taus kunnskap | Pleier hjelper og tolker pasient med liten mulighet for å uttrykke seg |

*Figur 7. Utdrag av notat fra idédugnad, oversendt ungdomsbedriften INK UB 17/2-10*

## *Kreative prosesser og etiske dilemma*

Punktene som omhandler bolig, selvbestemmelse og sykehjem som hjem er rubrisert sammen. I diskusjon om scener for å belyse tema ble det foreslått å intervjue en pasient om tanker for opphold. Bakgrunnen var tilbakevendende erfaringer om at pasienter i liten grad blir hørt og tatt med på råd i forhold til tildeling av opphold jamfør Eines og Lervik (s.23) Temaet er kontroversielt i egen kommune på grunn av flere klagesaker og dokumentasjon av opplevelse av manglende brukermedvirkning. Gruppen brukte noe tid på etisk refleksjon på hvordan budskapet skulle kunne bli formidlet uten at pasienten ble utnyttet eller brukt for å forfekte faglige standpunkt. Samtidig ble det nødvendig å gjøre en avklaring rundt form.

Filmen skulle være dokumentarisk på den måten at pasientene ikke skulle ha et manus eller regi. Samtidig var det nødvendig å se etter alternative uttrykk der scenene i seg selv ikke var selvforklarende. Det å gjennomføre samtaler med pasienter om utvalgte tema ble derfor vurdert.

Den planlagte scenen hvor en pasient skulle beskrive hvordan det føltes ikke å vite om hun fortsatt hadde plass gikk likevel ut da situasjonen var avklart før filmingen startet. Diskusjonen var likevel viktig i forhold til hva som kan framkomme i et omdømmeprosjekt. Var det riktig å sensurere bort eventuelle negative uttalelser eller opplevelser? I forhold til de kreative prosessene ble det derfor flere hensyn og ta, også i forhold til hvilken ’stemme’ pasientene skulle ha. Selv om filmen skulle være dokumentarisk, ville scenene være et produkt av de planene som ble gjort forut. Samtidig ville det være en selvmotsigelse å forfekte brukermedvirkning og brukerstemmer med sensur av kontroversielle uttalelser.

Et av punktene omhandler dessuten retten til en verdig død. For omtrent alle som har fast plass i sykehjem, er dette den siste boligen. De aller fleste dør også i hjemmet sitt – sykehjemmet. Også her var flere mulige scener diskutert i løpet av prosessen med vektlegging av etiske problemstilling.

## *Å tenke annerledes*

Som ansvarlig for fremdriften i de kreative prosessene forsøkte jeg å fremprovosere nye tanker på kjente tema med spørsmål som blant annen hvilke 'uskrevne regler' har vi i forhold til pasientene og punktene i kvalitetsforskriften. Noen av refleksjonene som kom frem var:

- Pasientene er ikke i stand til å ta egne avgjørelser, vi må derfor bestemme hva som er best (Magnhild, hjelpepleier)
- Pasientene liker ikke frukt og grønnsaker (Magnhild, hjelpepleier)
- Vi liker ikke at pasientene får ta seg en røyk på rommet sitt (Karina, sykepleier)
- Vi tror ikke at pasientene kan spørres om kontroversielle spørsmål, som for eksempel tanker om døden (Siw, sykepleier)

Flere ideer til film og fotoscener som ble utviklet av disse refleksjonene. En i gruppen fortalte om en pasient (99 år) som er veldig glad i paprika. Hun pleier å si:" jeg kan spise bare paprika med ingen ting til"

- Hva om vi spør om det er greit å ta bilder av henne med fanget fullt av paprika?
- Den samme kvinnen snakker åpent om tanker om døden. Hun er i tillegg klar og tydelig i forhold til egen integritet. Kanskje hun vil bidra for å få fram nettopp dette med selvbestemmelse og medbestemmelse (Magnhild, hjelpepleier).

- En pasient med demenssykdom får besøk av kona si hver dag. Han har mistet mye av hukommelsen, men ikke gleden av en sigar, et glass konjakk og samværet med kona. Hva om vi filmer at hun kommer, at han får sin sigar og at hun deler sine tanker (Karina, sykepleier)

## *Musikkvalg og scenevalg*

En annen viktig faktor under arbeidet med scenene var hensynet til musikken. Valget av musikk har vært mitt ansvar. Jeg ønsket å bruke en kombinasjon av lett tilgjengelig, melodiøs og melankolsk musikk, som også kunne settes i sammenheng med scenene. Valget falt på den svenske visesangeren Melissa Horn, og jeg søkte om rettigheter til 3 av hennes låter. Den ene: "Långa nätter" kunne passe spesielt inn i forhold til filmtittelen:

*Långa nätter, där ute finns en värld av långa nätter*
*och jag sitter vid fönstret i mitt rum och blickar ut över stadens alla ljus*

*Där går Klara och tindrar som en stjärna för att vara,*
*med sin Fabian få vara och gå hem till varann och älska lite grann som bara kära kan*

Den siste strofen førte til en del diskusjon, det å vise gamle mennesker i sykehjem, mens artisten synger om et ungt par som skal "älska lite grann". Vi valgte å ta den med.

I forhold til diskusjon om bruk av musikk i kombinasjon med ulike klipp har elevene ved ungdomsbedriften INK ub også vært delaktig. Filmen begynner med at en pasient blir 'kjærlig vekket' - og at samme pasient legger seg. Musikken følger begge scenene. Gruppen hørte gjennom utvalget av musikk flere ganger i løpet av planleggingen, og fant at et annet spor "New York" kunne passe godt til scenen som er beskrevet over. Følgende strofer fra sangen:

*Vi sätter oss ner Utan ett ord*
*Som så många gånger förut, du beställer ett glas vin och jag en kopp te*

Ble vurdert til å passe ved møtet mellom de to, når kona kom på besøk til sin ektefelle, og han fikk sin daglige konjakk.

*När jag går därifrån*
*Utan ett ord*
*Så vet vi båda två.. mmm*

Ble vurdert til å passe på avskjedsscenen mellom det samme paret.

Den tredje låten det på forhånd var søkt om copyrights til, viste seg å ikke passe inn i konseptet. Vi ønsket å bruke bare en artist siden filmen er så kort, og ved gjennomhøring av flere alternativer falt valget på "Falla fritt":

*Vem vill du spela när du lagt alla kort*
*hur vill du leva när tiden går för fort*
*du vill att jag ska känna*
*för något som aldrig känts som mitt*
*men ska jag känna*
*då ska det finnas tid att känna fritt*

Teksten ble vurdert til å understreke kvalitetsforskriften krav om brukermedvirkning - viktigheten av å ta egne valg, å bestemme selv.

Flere ideer kobles sammen mellom 'uskrevne regler', kvalitetsforskriften og pasienter i avdelingen. I forhold til å lage filmscener om rettigheter og medbestemmelse i forhold til punktene som omhandler av- og påkledning, eliminasjon og personlig hygiene blir gruppen enige om å fokusere på velvære. Personalgruppen hadde da nettopp sett utdrag fra et filmprosjekt fra et annet sykehjem hvor flere hadde reagert negativt på at pasientene ble filmet

i svært sårbare situasjoner, bokstavelig talt avkledd. Filmen ”Stjernestunder” (2007) viste nettopp de gode øyeblikkene i hverdagen, men personalgruppen mente at blotting av pasienter var unødvendig i forhold til å få frem at pasientene har et stort omsorgsbehov, og at det kan framkomme på en mer subtil - og samtidig verdig vis.

## *Tekst og manus*

En bekymring i forbindelse med at filmen spesielt nå var så tett forbundet med kvalitetsforskriften, var risikoen for at den skulle fremstå som en byråkratisk informasjonsfilm. Teksten i kvalitetsforkriften fungerte som en veileder. Det foregående avsnittet viser hvordan punktene er rubrisert og samlet for at filmen skal dekke de fleste områdene. Likevel ble det tidlig klart at sammenhengen mellom budskapet i forskriften ikke nødvendigvis ville komme godt nok fram i filmen.

Mens jeg arbeidet med manuset foretok jeg enkelte høringer for kolleger for å innhente tilbakemeldinger. Første steg var å identifisere sentrale begrep i forskriften som; respekt, medbestemmelse, medvirkning, trygghet, ro og forutsigbarhet. I tillegg ville jeg vektlegge kunnskapsbegrepet, og ikke minst funnene fra fokusgruppeintervjuene som beskrev kunnskap som empati, relasjonelle ferdigheter, nærhet, vennlighet og omsorgsevne. Egenskaper som også ble vektlagt i filming av de ulike scenene. Følgende tekstlinjer ble til slutt valgt for manus:

*Når jeg trenger din hjelp, gi meg den varsomt og kjærlig*
*La meg få mestre det jeg kan, la meg få slippe til*
*La meg få bruke min vilje til å styre dagen min*
*Vis meg respekt ved å se hvem jeg er*
*Jeg er til, jeg puster, lever tenker og føler. Ser du det?*
*La meg få leve et helt liv, hele livet..*
*Gi meg tid, gi meg ro… gi meg langsom tid. Gi meg trygghet.*
*La meg oppleve gode øyeblikk*
*Glede, nærhet, velvære, å være sammen, å bety noe for andre*
*La meg få være et helt menneske*

Kontaktlærere for ungdomsbedrifter foreslo at en av lærerne som snakker ’pent’ bokmål skulle lese manus, noe han hadde gjort ved flere anledninger i andre prosjekt for ungdomsbedriftene. Verken elevene eller jeg var begeistret for denne løsningen, spesielt fordi

diktet skulle innlede filmen. Manus- og diktlesing spesielt ville etter vårt syn komme bedre frem utført av en profesjonell skuespiller. I forhold til at musikken er ved en kvinne, falt valget på en mann til å lese kommentarene.

Elevene ved UB valgte tekst til bildene i programbladet for fotoutstillingen, mens jeg skrev forord. Filmflyer er utarbeidet av meg, mens UB hadde ansvar for lay-out/design.

## *Analyse*

I følge Root-Bernstein & Root-Bernstein skal poeten Robert Frost ha sagt at et dikt ikke begynner med en tanke, men med en følelse - eller som det er beskrevet ”a lump in the troath, a sense of wrong” (s.41). På mange måter har de kreative prosessene i forhold til det som skulle formidles i prosjektet hatt et slektskap med poetens utsagn.

For egen del føler jeg at jeg kan identifisere meg med det å ha vært drevet av; ”a sense of wrong” i det stereotype bildet av eldreomsorgen. Deretter kommer tanken, planene og ideene.

Arbeidet med planlegging av scenene kan gjenfinnes i flere av Root-Bernstein & Root-Bernstein sine tenkeverktøy (s.41), men også i kunnskapsteori. Hvordan formidle en stemning eller en følelse som forteller noe om taus kunnskap?

I Krogh et al beskrives metoder for synliggjøring av taus kunnskap blant annet ved direkte observasjon (s.38), ved at aktørene ser det samme. I filmen og på bildene får tilskuerne anledning til å se det samme, selv om fortolkningen ikke nødvendigvis er lik. Det å understreke hensikten med assosierende tekst ble derfor sentralt.

I eksempelet med filmen Stjernestunder viste personalgruppen negative reaksjoner på scener som stred mot intensjonene i filmtittelen. En tankevekker i forhold til Kjærlig vekking – hvor filmtittelen både viser til en scene i filmen, men også til målet med den - nemlig å vekke tilskueren på en kjærlig måte. Det å lage en dokumentarisk film som skal påvirke varlig og varsom er forbundet med usikkerhet. På idémøtene og i de kreative prosessene valgte vi å ta hensyn til hva som gjorde oss følelsemessig berørt.

Eksemplet med å visualisere scenene i kombinasjon med utvalg av musikk er et eksempel på dette. Det å kjenne på seg - ha en følelse av at noe blir rett. En tilnærmingsmåte som kan virke nærliggende er *Reflection in action* (s.49). Å tillate seg å undre over praksis - ikke in action, men i de imaginære scenene. Hvordan framstilles ansatte, hvordan kommer

kunnskapsarbeideren til syne, hva blir formidlet om vi viser scenen på den ene eller andre måten?

Abstracting er i følge Root-Bernstein & Root-Bernstein det å sammenfatte på en slik måte at essensens kan fattes (s.42). I scenen med den demenssyke pasienten som får besøk av kona er det et viktig poeng å beskrive at pasienten ikke mister sin identitet fordi han er på sykehjem, eller har demenssykdom. Han verdsetter fremdeles det som har vært gode øyeblikk tidligere i livet, sigaren, konjakken og ikke minst samværet med ektefellen. Musikken skal være et forsterkende element i det å få fram følelsene; han blir, hun går.

På samme måte skulle film og fotografering av kvinnen på 99 år få fram et budskap. Scenen hvor pasienten snakket om døden ble filmen, men hun var på det tidspunktet så syk at stemmekraften ikke var tilstrekkelig til å kunne bli med på film eller soundslides. Fotografering av ”paprikabildene” ble ikke tatt av samme grunn. Det siste skulle visualisere menneskelige ulikheter, og pirke litt i forutinntatte holdninger hos personalet.

### *Konklusjon*

Kreativitet i forhold til utvikling av scener har utfordret meg som prosjektleder, og samarbeidende kolleger i forhold til egne begrensninger. Rommet for å få lov til å undres og reflektere, utfordre det bestående og tenke annerledes har fellestrekk med *Ba* – den kunnskapshjelpende kontekst. Noen ideer ble for outrert, andre forkastet av praktiske, juridiske, tekniske eller etiske årsaker. Kanskje ble så mange som halvparten av ideene som ble diskutert underveis ikke noe av, men i forhold til å holde liv i den kreative tenkningen har det i utgangspunktet ikke å sette rigide grenser vært nødvendig. *Det å tillate seg å undre og å leke*.

Ved å se på notatene som ble gjort i forbindelse med idémyldringen og på resultatet i forhold til utvalg av scener av filmen spesielt, kan jeg konkludere med at idéene i hovedsak ble realisert.

## 5.4. Forskningsspørsmål 3

*Har prosjektet ”Kjærlig vekking” nådd fram til tilskuerne, og i så fall på hvilken måte?*

### *Bakgrunn for spørsmålet*

Bakgrunnen for spørsmålet var ved hjelp av observasjon som metode får et inntrykk av om tilskuere og publikum lot seg berøre av filmen og av bildene - og i så fall litt om hvorfor.

### *Oppsummering av reaksjoner*

**Fotoutstillingen Livet lever.** Jeg presenterer her et utvalg av reaksjoner, uavhengig av om det er bilder som henger ved Rokilde sykehjem, eller vist ved utstillingslokalene ved Nordic Light.

Ingen av pasientene ga noen negativ reaksjon på noen av bildene, men flere sa at de ikke syntes at de var verd å ta bilde av, at de er for gamle og uvakre. Samtidig ga flere uttrykk for åpenbar stolthet, spesielt ved besøk på den offisielle utstillingen der de store bildene trykt på aluminium ble vist. Flere av pasientene ble også intervjuet av TV, radio og aviser under visningene, og fortalte om gleden de hadde opplevd ved å få være med på prosjektet.

Et av målene var at bildene skulle gi et varmt inntrykk, og vise pasientene som unike mennesker – ikke bare pasienter. Tilleggsbildene til hovedportrettene skulle bidra til å fortelle tilskueren noe om hvem pasienten var. Her var reaksjonene jeg var i stand til å observere nærmest udelt positive. Personalet, pasienter og pårørende uttrykte begeistring over at elevene hadde klart å fange opp pasientens personlighet og særtrekk. For tilskuere som ikke kjente pasientene var kanskje ikke sammenhengen like åpenbar.

Mens andre igjen uttrykte begeistring over detaljer, ansiktsutrykk, hender og helheter og detaljer. Jeg gjengir her et sammendrag av reaksjoner hentet fra egne notater:

Flere kommenterte et bilde av Margot (101 år) som sitter i fanget til en hjelpepleier som: ”herlig, varmt, morsomt, festlig” osv. Margot på piano ble dessuten valgt å være hovedbilde på roll-up for utstillingen der hun sier: ”Vi må ha det litt artig og”. Flere har reagert positivt på at en så gammel dame viser glede i kroppsspråk og i utsagn.

Personalet har gitt uttrykk for stolthet over bildene, at de synes bildene er vakre og estetiske, og har utvist et stort engasjement i forhold til plassering av bilder, å ta med pasienter på visninger og så videre. Personalet ved avdelingen viste også en tydelig stolthet over deltakerne, og spesielt Margot ved uttaleser som: ”Hun er muntrasjonsrådet vårt hun, hun er eldst, men den som er yngst til sinns”. Ved å se på bilder av hender kunne de plukke ut ”sine” pasienter: ”Se der er vår Margot ja, med to klokker på!”

- En annen profilert pasient, Alf Gunnar på 81 var med både på bilder og på film. Flere reagerte ved å si at de fant både vemod og varme i bildene av ham: Leder (Sykepleier I). ”Jeg har aldri sett på Alf Gunnar (pasient) slik før, han har et så inderlig ensomt blikk. Jeg får så vondt av han.”
- Harald (91 år) sine tatoveringer fikk en god del oppmerksomhet, som han selv fortalte: ”det ene fikk jeg i Bombay og det andre i Genova” En tilskuer kommenterte det slik: ”Tatoveringene vitner om et liv som er levd, og en tid som er borte” Mens en ansatt sa: ”Jeg har jo sett tatoveringene før, men aldri tenkt på det slik … at han sikkert har opplevd mange spennende ting”
- Ingrid (89 år) – var nok den pasienten som hadde størst rolle i både film og fotografering, ikke minst på grunn av at hun kunne stille opp på kort varsel. Flere kommentarer gikk nettopp på den vitaliteten hun uttrykte, at hun satt med mobil var noe overraskende for en del utenforstående. Hun ga dessuten selv uttrykk for stolthet og glede over bildene.
- Arnfinn (69) Noen reagerte på alderen, andre på at han uttrykte glede og en egen personlighet. Men en kommenterte også et av bildene av han satt ved et bord med et ølglass slik: ”Jeg synes bildet lyser av tristhet og ensomhet, at pasienten sitter alene med ølglasset sitt. Hva skal det egentlig fortelle?”
- Nilda (78) Noen ansatte jeg så bildet sammen med kommenterte det slik: ”Huff, at vi ikke hadde fjernet dynen fra stolen hennes…men forresten, det er jo ofte slik det ser ut på et pasientrom. Noen steder må vi jo legge ting, og Nilda liker ikke å ha dyne i senga si”
- Harry (93) Ble av personalet anbefalt som deltaker fordi han er ”livat”. Han var en av de pasientene som selv viste stor begeistring for å få være med i prosjektet - og stolthet over bildene. En kommenterte bildet slik: ”Jeg er på pasientrom hver dag, men har egentlig ikke tenkt over hvordan det ser ut før jeg så bildet av rommet til Harry”.

**Filmen Kjærlig vekking.** Filmen har gitt nesten entydige observerbare reaksjoner blant de om lag 1000 personene som så filmen i løpet av festivalen. Svært mange har blitt synlig beveget, flere har grått. Mange har uoppfordret fortalt om hvordan de opplevde filmen, mens andre har jeg spurt selv. I det videre vil jeg ta fram noen eksempler på reaksjoner som jeg har notert meg underveis.

- To ukjente kvinner på åpen fremvisning i kinoen kom bort til meg etter visning og fortalte at de var pårørende, og hadde sin mor ved et annet sykehjem. Begge var tydelig rørt, og takket for at de fikk se en film som formidlet pasientene på en fin, ekte og kjærlig måte.

- En vikar ved visning på sykehjemmet forlot rommet gråtende. Jeg går etter og spør hvorfor hun reagerer så sterkt, og hun svarer at hun tenker på sin gamle mor som bor et annet sted.
- Et av personalet som selv deltok i filmen sa: ”Hvorfor ga jeg ikke Ingrid (pasienten) en klem da jeg sa god natt, det virket så kaldt at jeg bare gikk ut. Jeg pleier alltid å gi henne en klem”.
- Personell og pårørende i en gruppe etter en visning beskriver flere ting som de mener kom fint fram. Det at sykepleier holder pasient i hånden ved måltidet, nærhet mellom pasient og pleier.
- Sykehjemsoverlege: ”Veldig positivt at det ikke er så mye prat, men at situasjonene taler for seg selv”.
- Direktør helseavdelingen hos fylkesmannen: ”Kanskje filmen skal brukes i undervisning og til refleksjon om kvalitetsforskriften?” (Bestilte visning og innlegg til Omsorgskonferansen 2010).
- Flere ansatte og ledere sier at de vil bruke filmen til å diskutere og reflektere over hvordan de bruker eget skjønn i forhold til kvalitetsforskriften.
- De fleste spurte fremhever samtalen med pårørende til ektefelle med demenssykdom som spesielt gripende. At hun (ektefellen) forteller med egne ord hvordan det er å miste mannen sin gradvis, og om det å være pårørende.

En liten hendelse som beskriver at filmen førte til noen sterke følelser kom ved en av visningene ved kinoen. En skoleklasse med elever i helsefag fra videregående skole var til stede på en fremvisning. Etter filmen var flere av elevene tydelig berørt. Da jeg spurte hva de hadde reagert spesielt på, så svarte et par at de følte stolthet over at de skulle arbeide i sykehjem. Elevene som hadde laget filmen ga uttrykk for stolthet over at de hadde produsert en film som påvirket ungdommer på egen alder.

Jeg spurte flere av personalet som ble beveget av filmen om hvorfor de ble berørt, men de sier at de ikke helt vet hva som gjør inntrykk. Noen mener det kan være en kombinasjon av musikk og stemningen i scenene. Andre svarte at tiden blir litt ’fryst’ – og at pasientene og situasjonene blir eksponert på en mye sterkere måte. Noen svarer at de har ’timeout’ fra sin handlingsorienterte rolle, og får anledning til å reflektere i tilskuerrollen.

### *Elevenes reaksjoner i forhold til prosjektet – og i møte med sykehjemmet*

Et interessant fenomen var elevene ved ungdomsbedriftenes reaksjoner. Allerede mens arbeidet med redigering og klipping av film, og utvelgelse av bilder pågikk, ga flere uttrykk for at de ble følelsesmessig påvirket. En sa det slik: ”Jeg trodde aldri at jeg kunne bli rørt av noe jeg selv har vært med å ha laget, men jeg fikk klump i halsen.”

Et annet fenomen som kan nevnes er elevens uttalelser om sykehjem. Flere av ungdommene ble intervjuet i TV, radio og aviser, og de uttalte i flere sammenhenger sitt positive møte med sykehjem:

> Det var helt annerledes enn det vi hadde trodd, og det var så utrolig fint å være så mye i avdelingene. Og pasientene er jo så ’levende’ og artige å være sammen med! Jeg har et helt annerledes syn på sykehjem nå, nå er jeg ikke bekymret for at gamle slektninger skal komme på sykehjem lenger, de var helt annerledes enn det jeg hadde trodd på forhånd.

### *Analyse og konklusjon*

Innledningsvis beskrev jeg en hendelse hvor en hjelpepleier reagerte på egen opptreden i forhold til en pasient ved bruk av Marte Meo-metoden (s.15). Når det gjelder personalets reaksjoner på film og bilder kan det på tyde på at film og fotografier har fått personalet til å se med andre øyne på pasienter de omgir seg til daglig. Visualiseringen i form av bilder og film treffer en eller annen følelsesmessig nerve, en assosiasjon eller en bevisst eller ubevisst erfaring hos tilskueren.

I følge R&M Root Bernstein har som beskrevet i teorikapittelet en måte å bedømme kunst på – en sammen heng med hvordan et samspill av sansene påvirkes – synestesi. Synestesi beskriver altså nevrologiske fornemmelser av en opplevelse (s.44). Publikum ble i den grad jeg var i stand til å gjøre riktige observasjoner, i stor grad tydelig berørt. I det ligger det en gjenkjennelse av situasjoner som har gitt opphav til en dypere følelsesmessig berøring.

Innledningsvis gjenga jeg uttalelsen fra regissøren som sa at man ikke kan begripe uten å bli grepet. Utsagnet er ikke vitenskapelig begrunnet, men har likevel en gjenklang av erkjennelse hos meg, og har derfor vært en målestokk på om prosjektet har vært vellykket.

## 5.5. Uforutsette reaksjoner fra skjermet avdeling

Som beskrevet under avsnittet om gjennomføring av prosjektet, var det ønskelig at alle avdelingene skulle delta. Leder ved skjermet avdeling som har pasienter med moderat til alvorlig demenssykdom var positiv til prosjektet men samtidig engstelig for at pasienter eventuelt ville reagere på nye mennesker og nye situasjoner. Reaksjonene fra personalet i etterkant kan tyde på at strategiene for skjerming ikke ble grundig diskutert med personalgruppen i avdelingen. Eller at jeg burde ha vært i en mye tettere dialog – ikke bare med leder, men også med det øvrige personalet. Spesielt fordi de til slutt ble utelatt.

Bildene av pasientene ble hengt opp på de respektive avdelingene der pasientene bodde, på fellesareal og i korridorer. Skjermet fikk derfor ingen av bildene. Jeg fikk noen signaler om at personell ved Skjermet avdeling hadde følt seg tilsidesatt, men registrerte ingen direkte reaksjon på dette selv. Tvert i mot, i forbindelse med visning av filmen på undervisningsrommet - møtte jeg og pratet med publikum, hvorav mange var fra den aktuelle avdelingen. Noen kom også flere ganger til visning.

På siste dag (30/4-10) valgte jeg å spørre to av tilskuerne fra avdelingen – en sykepleier og en hjelpepleier- om hva de tenkte om at avdelingen ikke var representert, og jeg fikk reaksjoner som:

> Vi føler oss diskriminerte og satt utenfor
> Vi er såret og lei oss, veldig, veldig skuffet
> Vi skjønner at pasientene våre ikke fikk ’lov’ å være med på filmen, men de kunne i det minste fått blitt med på bildene
> Er ikke pasientene våre bra nok fordi de har demenssykdom?

Da jeg spurte om hva de mente var bakgrunnen for at avdelingen var utelatt svarte at de tolket det slik at avdelingen ikke ble vurdert til å være ”bra nok” til å være med.

Selv om hendelsen ikke er tema for selve problemstillingen, jag har jeg valgt å ta det med. I hovedsak fordi det har hatt innvirkning på min erfaring med prosjektet, noe jeg vil komme tilbake til egne betraktninger rundt hendelsen i avsnittet refleksjon rundt egen læring.

# DEL 6

# ERFARINGER, REFLEKSJONER OG ANBEFALINGER

## 6.1. Innledning

I forhold til selve prosjektgjennomføringen har læringskurven både vært bratt og ulendt. Jeg vil først i dette kapittelet prøve å gi et bilde av hva jeg mener har gitt ny innsikt i forhold til egen utvikling. Videre vil jeg forsøke å oppsummere noen av funnene i anbefalinger i videre arbeid.

## 6.2. Erfaringer og refleksjon, prosjektgjennomføringen

Ved prosjektoppstart så jeg med mitt engasjement få problemer med å gjennomføre et film- og fotoprosjekt. Dette til tross for at jeg ikke har særlig kunnskap om noen av delene. Jeg er ingen hobbyfotograf, og har aldri vært i nærheten av å lage en film. Lite visste jeg om kostnader forbundet med produksjonen. Minst av alt forutså jeg den altoppslukende tidsbruken spesielt filmprosjektet gjorde krav på i forkant av innspillingen. Som nevnt hadde jeg på eget initiativ et møte med en regissør (s.68) for å få mer innsikt i filmproduksjon. Han sa at det er normalt å beregne 1 dags arbeid per minutt film. I ettertid ser jeg at det har gått med atskillig mer tid, ikke minst fordi at en så liten produksjon som ”kjærlig vekking” også har hatt få involverte.

Jeg hadde vel en nesten naiv innstilling til det å formidle min plan til ungdomsbedriftene, hvor jeg nærmest så for meg at jeg bare skulle levere en prosjektskisse og noen velformulerte tanker rundt denne – så ville resten gå av seg selv. Slik ble det ikke, og heldigvis for det. Ungdomsbedriftene hadde selvsagt ingen forutsetninger for å forstå utgangspunktet for mine tanker og min motivasjon. I stedet ble det et tett og nært samarbeid, hvor jeg fikk utviklet en større bevissthet gjennom elevenes nysgjerrighet og vitebegjær og kontaktlærernes kritiske spørsmål. Spørsmål som: ”Hvem er målgruppen, hvem skal se filmen og utstillingen. Hva ønsker du å vise? Hva er hensikten?” Alt dette som jeg hadde tatt for gitt, og hadde tenkt var åpenbart for andre - var selvsagt ikke det. På denne måten ble jeg altså tvunget til å tenke over prosjektet på en ny måte. Det var ingen selvfølge at budskapet bare skulle fram til personer som tenkte likt med meg.

I etterkant tviler jeg på om jeg hadde startet et så omfattende arbeid om jeg på forhånd hadde hatt begrep om hvor mye tid det ville ta. Likevel, det er kanskje nettopp gjennom engasjement og pågangsmot i kombinasjon med en naiv uvitenhet at man får mot til å prøve noe nytt.

I forhold til publikumsreaksjoner kan det se ut som om filmen har berørt på en annen måte enn fotoutstillingen. Ikke så underlig med tanke på musikk, manus og budskap. I form av etterbruk vil nok film og fotoutstilling få noe ulik plass. Bildene vil som planlagt bli brukt til illustrasjonsbilder i rapporter, brosjyrer og andre publikasjoner, og var et etterlengtet tilskudd i mangel på arkivbilder. I tillegg er bildene vakre og uttrykksfulle. Noen henger i avdelingene, og andre skal stilles ut ved konferanser og lignende. I forhold til kostnadene har jeg i etterpåklokskapens lys kanskje valgt annerledes. Noe færre bilder, mindre kostbare monteringsløsninger. Slik jeg ser det har filmen et *bredere* potensial i forhold til etterbruk, noe jeg vil komme mer inn på i avsnittet om anbefalinger.

I forbindelser til selve prosjektgjennomføringen ser jeg både fordeler og ulemper ved ikke å ha en fast prosjektorganisering. Fordelene knytter seg spesielt opp til at prosjektet har vært grunnlag for min masteravhandling, og at jeg i stor grad har kunnet følge egen intuisjon.

På andre områder har jeg savnet et tettere samarbeid med et team. Spesielt i det å ta kontroversielle avgjørelser, eller også prioriteringer i forhold til kostnader. Likeledes i forhold til de negative reaksjonene fra de ansatte ved skjermet avdeling som følte seg såret og tilsidesatt. Denne erfaringen har gjort et markant inntrykk på meg, og vil nok i framtidige prosjekt føre til at jeg vil føre en tettere dialog med alle involverte i spørsmål hvor enkelte parter kan bli forfordelt.

## 6.3. Erfaringer og refleksjoner, avhandlingen

I løpet av prosjektperioden jobbet jeg mer eller mindre systematiske med å forberede oppgaveskriving ved å ta notater, foreta intervju, transkribere, arbeide med teori, disposisjon og så videre.

I relasjon til de tre forskningsspørsmålene har jeg valgt å bruke kvalitative metoder, noe jeg i etterkant føler har vært riktig. I sammenheng med forskningsspørsmål 1- om identifisering av kunnskap i sykehjem mener jeg at det var riktig å intervjue erfarent personell. Bakgrunnen var at jeg ønsket å finne en slags essens som mer uerfarent personell sannsynligvis ville ha vanskelige for å definere.

Selv om jeg har gjort mye forarbeid startet selve prosessen med å gjennomføre arbeidet med avhandlingen først for fullt da prosjektet ble avsluttet. På det tidspunktet følte jeg meg utladet og tom. En utlading som var forbundet med det å innfri forventninger, holde tidsfrister og i det hele tatt mestre oppgavene. Noe har kanskje også å gjøre med de mer uventede reaksjonene.

Om jeg skulle ha gjort alt på nytt ville jeg nok sannsynligvis ha valgt noe annerledes, også med hensyn til arbeidet med selve avhandlingen. Det å gjennomføre et så tidkrevende prosjekt i tillegg til andre arbeidsoppgaver, samtidig med oppgaveskriving har vært krevende. På samme tid ser jeg en stor nytteverdi i for første gang å analysere en arbeidsprosess så grundig som det å skrive avhandling om et prosjekt har medført.

På grunn av at jeg har forsket på eget prosjekt, valgte jeg å skrive alene. Fra paperskriving har jeg absolutt best erfaring fra å skrive sammen med andre. Ikke på grunn av mindre arbeidsmengde, men på grunn av konstruktive dialoger, andre måter å se ting på, innspill og læring. På den andre siden har jeg bare hatt meg selv å stole på underveis - og meg selv å bebreide for eventuelle feil eller mangler.

## 6.4. Svar på problemstillingen

Har jeg svart på problemstillingen; ”Hvordan bidra til et mer nyansert og positivt bilde av sykehjem ved hjelp av et film - og fotoprosjekt ved å fokusere på pasientene - og på kunnskap og kvalitet”

Jeg spurte altså om *hvordan,* inneforstått at det i spørsmålet ligger en reell mulighet for en slik gevinst. Gjennom oppgaven har jeg svart på hvordan jeg har valgt å framstille sykehjem ved å vise bilder og film av pasienter – og kvalitet gjennom kunnskap. Som fagansvarlig for et undervisningssykehjem var oppgaven min å gjøre noe i forhold til omdømme. Jeg kunne ha valgt og gjort noe helt annerledes, men valgte altså å bruke film og foto.

Bildene kunne vært annerledes, og det er uante muligheter for å lage en kortfilm. Jeg kan ikke vite hva som ville ha vært utfallet om jeg har gjort andre valg, og vil derfor forsøke å se på det som faktisk ble gjennomført.

For å svare på hvordan – er det altså underforstått at det er mulig. Jeg kommer tilbake til det siste. I oppgaven har jeg beskrevet hvordan prosjektet er gjennomført - ikke som fasit for hva

som er riktige valg, men som en redegjørelse for mine egne valg. Jeg vil forsøke å svare på om problemstillingen er besvart ved å oppsummere funnene i forskningsspørsmålene.

**Forskningsspørsmål 1** omhandler om kunnskap kan identifiseres for å presenteres i en film. Mine informanter ga relativt likelydende svar på spørsmålene rundt kunnskap i sykehjem. Ved å beskrive situasjoner de opplevde som karakteristisk for kunnskap fikk jeg et relativt utfyllende bilde. Ingen av informantene vektla de mer oppgaveorienterte, det instrumentelle i intervjuene. De la vekt på relasjonelle ferdigheter, empati og *sensing*, i overveiende grad uttrykk for taus kunnskap eller tacit knowledge. Med bakgrunn i denne erkjennelsen, som også bekreftet mine erfaringer og forforståelse – var film velegnet, nettopp på grunn av muligheten til å *visualisere* situasjoner. I de opprinnelige planene hadde jeg sett for meg å vise også mer sykepleietekniske ferdigheter. Med bakgrunn i intervjuene, men også i forhold til teori om kvalitetsindikatorer i sykehjem, og nettdebatter om sykehjem kjennes det som et riktig valg å legge vekt på omsorgsdimensjonen. Jeg vil likevel poengtere at budskapet i filmen sannsynligvis ikke ville ha vært like tilgjengelig uten manus /kommentarene.

Når det gjelder bildene var hensikten å vise pasienter som mennesker med egne identiteter og ulikheter, og ikke 'bare' som pasienter. Elevene brukte lang tid på å bli kjent med flere av pasientene, og mitt inntrykk av reaksjonene var også at spesielt de ansatte opplevde pasientens uttrykk på en annen måte enn før. Selv om mange tilskuere sa at de syntes bildene gjorde inntrykk, er det vanskelig å si om de i seg selv bidrar til å fange opp nettopp det positive med å arbeide tett inn på andre mennesker.

Jeg vil likevel konkludere med at det har latt seg gjøre å presentere en del av den virkeligheten som ansatte opplever som meningsfull, møte med den gamle og pleietrengende pasienten. En oppsummering av inntrykk i forhold til reaksjoner presenteres i avsnittet om forskningsspørsmål 3.

**Forskningsspørsmål 2-** omhandler å identifisere de kreative prosessene for å kunne skape filmen og fotoutstillingen. Jeg har forsøkt å gi eksempler på slike prosesser i kapittel 5, men jeg vil her tilføye at en sikker identifisering av hva som er kreativitet har vært vanskelig. Ved hjelp av valgt teori om temaet har jeg funnet fellestrekk og kjennetegn på tankeverktøy som i hovedsak i følge Root-Beernstein & Root-Beernstein kan lede til kreative prosesser (s.42->). Det har sannsynligvis skjedd mange kreative prosesser som jeg ikke er i stand til å identifisere, ikke minst på grunn av det udefinerbare i en vag følelse som utvikles til en tanke før den blir uttalt og eventuelt omsatt til handling.

For meg har dette forskningsspørsmålet vært spesielt interessant fordi jeg jobber med utviklings og endringsarbeid. Jeg har fått en betydelig bedre forståelse for hva som faktisk har ledet til handling og hva som har ført til endring. Bruk av metaforer, assosiasjoner rundt tema, et element av lek - det å bli tatt ut av det forutsigbare rutinemessige arbeidet for å tenke nytt.

Situasjonene er ikke grensesprengende i seg selv, men for meg har det vært en nokså ny opplevelse å gå med lys og lykte gjennom møter, dialoger, idédugnader og lignende for å finne fram til det nyskapende og kreative. Og samtidig har jeg gjennom teori og erfaring kommet fram til en ny erkjennelse omkring slektskapet mellom kreative tankeverktøy og taus kunnskap.

Min forsiktige konklusjon er at de kreative prosessene til en viss grad er identifiserbare, og at jeg derfor delvis har svart bekreftende på forskningsspørsmålet. Samtidig ser jeg at dette på langt nær er en eksakt forskning, og at jeg kan ha feilvurdert hva som har ført til det ene eller det andre. Påvirkning utenfor selve prosjektet har nok også influert den retningen prosjektet tok, som mer tilfeldige diskusjoner med andre kolleger eller noe jeg kan ha lest, sett eller hørt.

**Forskningsspørsmål 3** Hvordan reagerte publikum, ble de grepet? Et sentralt spørsmål i et tidkrevende og kostbart prosjekt. Et klart svar på det siste forskningsspørsmålet ville også kunne ha egnet seg som svar på selve problemstillingen, nettopp om det er mulig å endre folks eventuelle negative oppfatning av sykehjem til noe mer positivt. Så enkelt er det selvsagt ikke. Utvalget av de som har sett filmen og bildene kan ikke automatisk sies å kunne overføres til 'folk flest' – og varigheten av en umiddelbar reaksjon er dessuten diskutabel. Jeg har observert reaksjoner som tyder på at publikum har blitt grepet, og noen har også gitt uttrykk for å begripe mer, eller på en ny måte. Jeg tror ikke at de reaksjonene jeg har observert har vært uekte, men likevel vil det være en vel optimistisk antakelse å tro at det å bli grepet i en gitt situasjon skal føre til store omveltninger.

Med utgangspunkt i de aktuelle visningene - de aktuelle dagene observasjonene pågikk, av akkurat de personene som ble observert kan jeg si at jeg har et overveiende inntrykk av at folk ble positivt påvirket. Med utgangspunkt i denne konteksten vil jeg si at jeg har svart på spørsmålet. Metodisk ville det kanskje ha vært bedre å ha gjennomført lukkede visninger for en eller to utvalgte grupper, med påfølgende gruppeintervju. Hvilket også var en del av den opprinnelige planen. Det synes likevel å ha vært en påfallende likhet i reaksjonene, spesielt i forhold til filmen. Publikum har i stor grad vist at de har blitt grepet eller positivt påvirket av

budskapet. I tillegg har jeg fått reaksjoner som sier noe om mulig etterbruk. Jeg vil gå videre på dette punktet i avsnittet om anbefalinger.

## 6.5. Alternativ teori

Det å ha et stort og omfattende pensum i porteføljen er både til glede og besvær. Artikkelsamlinger, bøker, anbefalt litteratur, notater fra forelesninger – samt relevant litteratur utenfor pensum. Gleden består selvsagt i uttallige muligheter for dypdykk og mer overfladisk lesning for å skape ny innsikt og forståelse. Besværet ligger nettopp i dette, selve omfanget. Jeg har funnet noe av relevans i hver eneste bok, artikkelsamling med videre. Noe har jeg nikket gjenkjennende til, mens andre ting har jeg latt meg provosere av. Jeg har gjort utvalg ut i fra det jeg har ønsket å få belyst, men har samtidig ganske sikkert hatt med en forforståelse påvirket av andre ting jeg har lest eller fått gjennomgått på samlinger, eller jobbet med i studiet.

En stund følte jeg en gnagende frustrasjon over mangel på filmteoretisk kunnskap, hvilke effekter som kan benyttes for å påvirke publikum emosjonelt. Jeg vet selvsagt godt at det ikke har vært min oppgave, men en indre nysgjerrighet over den kunnskapen jeg ikke har tilegnet meg, har vært til dels brysom.

I mangel på slik kunnskap har den tause kunnskapen – som mageføelelsen vært nyttig. Og den erfaringsbaserte kunnskapen. Uansett om jeg har valgt annerledes kan jeg ikke si hvordan det ville ha preget oppgaven. Jeg leser teorier med en annen innsikt nå enn tidligere, jeg skjønner mer av at sannheter er forgjengelige, og at situasjoner ikke er direkte overførbare. Altså med større evne til kritisk refleksjon. Jeg vet mer enn det jeg kan fortelle- men også mer enn det er plass til å presentere i en begrenset oppgave. Jeg vil likevel tro at noe av den ikke verifiserbare kunnskapen har preget besvarelsen og mine vurderinger underveis.

## 6.7. Anbefalinger

**Å være kunnskapsarbeider.** Erfaringer gjennom arbeidet med kunnskapsdelen i avhandlingen, både teoretisk og gjennom gruppeintervjuene tilsier at det kan være hensiktsmessig å bruke mer tid på å tydeliggjøre omsorgsspesifikk kunnskap. Egne erfaringer og funn i undersøkelsen viser det også finnes eksperter, kunnskapsarbeidere og primadonnaer i sykehjem. Det å identifisere hva som kjennetegner den kunnskapen som er nødvendig for å yte tjenester av god kvalitet kan trolig være et nyttig virkemiddel- og en viktig bevisstgjøring i

forhold til omdømmebygging. Spesielt i forhold til kvalitetsutvikling som har en direkte sammenheng med det omdømmet et sykehjem har.

Mitt inntrykk er at det er en økende oppmerksomhet på kvalitet og på kvalitetsindikatorer i sykehjem og eldreomsorgen. Men det er dessverre ikke alltid like tydelig at det er en tett sammenheng mellom kunnskap og kvalitet. Spesielt i forhold til underskudd på antall ansatte i framtiden, hvor uttalelser også fra sentrale myndigheter har gått på å få flere *hender* inn i eldreomsorgen - og ikke på behovet for kunnskapsarbeidere.

USH har imidlertid fått klare føringer for at det er krav om kunnskapsbasert praksis, noe som uansett må tas til etterretning i egen organisasjon og kommune.

Jeg vil også på grunnlag av funn i undersøkelsen anbefale at ansatte i mye større grad må involveres i kvalitetsutviklingsarbeid, enten det er utvikling av nye fagprosedyrer for "god praksis" i form av refleksjon rundt kunnskap og kvalitet - og ikke minst få mulighet til etter- og videreutdanning i kunnskapsbasert praksis – i tråd med de sentrale føringene.

Å profilere sykehjem som kunnskapsorganisasjoner krever at det faktisk er en plan for kunnskapsutvikling, og at kunnskapen kan identifiseres gjennom kvalitetsmål. Arbeidet med avhandlingen kan tyde på at en slik satsing kan ha en positiv effekt på omdømmet. Konklusjonen er på langt nær revolusjonerende, men kan i beste fall påvirke til et mer strategisk og målrettet arbeid for kvalitets- og kunnskapsbygging i egen organisasjon og i egen kommune.

**Å utøve arbeid av god kvalitet.** Det at forskriften ble et viktig poeng i filmen hadde sin årsak i det som er nevnt over- sammenhengen mellom kunnskap og kvalitet, men også i de nevnte nettdebattene som avslørte at til og med erfarent fagpersonell ikke har kjennskap til innholdet i forskriften. Samtidig ser jeg at det kan være et behov for å avklare roller. Hvem har ansvar for at ansatte har nødvendig kjennskap til lover, forskrifter, fagprosedyrer? Og hvor går skillet mellom fagledelse og personalledelse i den flate strukturens praktiske hverdag? Det at en enhetsleder har personalansvar for over 100 medarbeidere kan ha ført til uklarheter omkring roller og ansvar også i egen organisasjon.

Jeg anbefaler at filmen brukes aktivt i forhold til diskusjon om refleksjon rundt kvalitet generelt, og kvalitetsforskriften spesielt. Slik refleksjon kan knyttes opp til kunnskap, etikk, livskvalitet, medvirkning, samarbeid og en rekke andre tema. Flere reaksjoner i sammenheng

med visning av filmen tydet på at spesielt ansatte og ledere så en potensiell nytteverdi i en slik bruk av filmen.

**Å arbeide med mennesker.** Programbladet til fotoutstillingen inneholder uttalelser og bilder av pasientene. Det å vise pasienter som hele mennesker var også et av målene med prosjektet. Både film og fotoutstilling vil som tidligere beskrevet også bli publisert på egen nettside og vist i konferanser og ved andre faglige fora. Publisering kan etter mitt skjønn være et bidrag i å ta avstand for den noe ensidige instrumentelle vinkling av det å arbeide i sykehjem, til fordel for det relasjonelle. Det fine og spesielle, og kanskje også en stolthet i det å arbeide med gamle, pleietrengende mennesker. Også i relasjon til omdømmebygging og bevisstgjøring av egen yrkesidentitet.

**Å arbeide kreativt.** Analysen av de kreative prosessene har vært en aha-opplevelse. Denne anbefalingen går derfor både til meg selv og andre. Det å se gleden og engasjementet til mine kolleger i sammenheng med de kreative prosessene har gjort inntrykk. Ved å bli tatt ut av de daglige gjøremål og få lov til å leke, tenke høyt, spekulere uten noe har vært for tåpelig eller at det er misbruk av tid.

Jeg anbefaler å bruke kreative tankeverktøy i mye større grad enn før også ved andre typer endrings- og utviklingsarbeid. For eksempel kan det å arbeide med kvalitetsarbeid i relasjon til det rutinepregede arbeidet være et utgangspunkt for kreativ tenkning. Som vist i arbeidet med metaforer og i de kreative møtene ved planlegging av filmscener – så personalet selv at de hadde uskrevne regler som kunne medføre kvalitetsbegrensninger for pasientene.

En annen effekt, som jeg ikke hadde tanker for i forkant, var pasientenes glede i å delta i prosjektet. Timer med filming, fotografering og samtaler har vært et etterlengtet avbrekk i en for manges ensformige hverdag. Flere ansatte og pårørende registrerte også denne gleden. Jeg vil derfor anbefale at pasienter i større grad får delta på flere områder som bryter med de forutsigbare hverdagslige rutinene, ved å få bruke andre sider av seg selv.

**Samarbeid med ungdomsbedrifter** Dette prosjektet har vært det aller første samarbeidet mellom Rokilde sykehjem og UB- og så vidt jeg vet - det aller første samarbeidet med UB i egen kommune. Erfaringene har vært udelt positive, og har åpnet opp for nye måter å gjøre prosjekt og utvikingsarbeid. Rokilde sykehjem har som nevnt skrevet 3-års kontrakt med Undine i sammen mot 2011. For å eksponere ungdom for arbeid innen eldreomsorg anbefaler

jeg at Kristiansund kommune er med på å skape utviklingsprosjekter som også på sikt kan involvere elevbedrifter med ungdomsskoleelever, og i tillegg bidra til økt satsing for at det kan etableres flere UB. Mulige områder kan være Hotell og restaurantfag, kunstneriske fag, transportfag. Jeg har allerede presentert noen tanker om dette i en kommunal overordnet kulturgruppe. Noe som kan gi flere eldre muligheter for en mer aktiv hverdag, rekruttering til omsorgssektoren og positivt omdømme. Representanter fra kommuneledelsen har dessuten gitt positive tilbekemeldinger på prosjektet "Kjærlig vekking", noe som kanskje kan åpne for flere arenaer å gjøre ting på andre måter enn før.

## 6.6. Tema for videre forskning

Når de fleste av oss bestiller hotell så har vi visse krav, ikke bare til beliggenhet - men og i forhold til standard. Eller rettere - det vi får igjen for pengene. Hvis vi bestiller rom på et 5 stjernes hotell forventer vi 5-stjernes sørvis og komfort, ikke 2-stjerners. Vi leser kanskje reviews før vi booker, for å se hva andre har opplevd og anbefaler.

OECD-rapporten Health at a Glance (s.11) viser altså at Norge ligger på topp i brukte helsekroner, men ikke når det gjelder kvalitet i tjenestene. Det viser seg at det er et misforhold mellom forbruk og det som blir levert. Norske helsetjenester kan kanskje sammenliknes med et 5-stjerners hotell som ikke kan levere adekvat sørvis. Pasientene er ikke fornøyd, i alle fall ikke helt fornøyd- og på langt nær alle. Men det finnes ingen enkel tilgang til reviews.

Jeg har gjennom arbeidet med avhandlingen sett noen tydelige svakheter i den kommunale eldreomsorgen, og sykehjem spesielt. Kort oppsummert og spissformulert: *alle* ser det, men *ingen* gjør noe med det. For hvordan kan omsorgstjenestene bli bedre når de som ikke utfører verdiskapningen ikke er samstemte om hva som *kan bli bedre* eller er som er *god praksis*? Flere arbeider med kvalitetsindikatorer i omsorgstjenestene, og slik jeg ser det bekrefter pasientenes opplevelse av god kvalitet noe av det som erfarne fagpersoner sier om det samme tema. Nærhet, tilstedeværelse, respekt og empati. Informantene forteller at de selv vet når det ikke er godt nok, og at de har en indre visshet om at ting kunne ha vært gjort på en annen måte.

Jeg ønsker derfor å forske videre på om nettopp målinger på kvalitet kan ha en mer umiddelbar effekt på tjenestene. Det at mange av pasientene selv ikke kan gi antall stjerner - eller terningkast for hvordan de opplever den omsorgen de får, betyr ikke at det ikke er mulig.

Jeg ser for meg at avdelinger eller enheter ved samarbeid mellom pårørende, ledere og personell identifiserer områder for forbedring - og finner fram til enkle måleindikatorer. Gjerne undersøkelser som kan sammenlignes mellom avdelingene. Eksemplene er svært forenklet, fordi det i praksis vil være individuelle ulikheter og behov. Om dette i forkant er tatt i betraktning kan det etter mitt syn foretas undersøkelser på de fleste områder. Her følger et tilfeldig utvalg:

- Hvor mange pasienter kommer seg ut i løpet av uken?
- Hvor mange av personalet kjenner innholdet i kvalitetsforskriften?
- Kjenner pårørende navnet på pasientens primærkontakt? Har de snakket sammen?
- Hvor ofte/ mye får pasienter som selv ikke er i stand til å oppsøke fellesskap tilsyn?
- Hva mener studenter om praksisfeltet? (Kanskje terningkast eller stjerner med utgangspunkt i underspørsmål)
- Hvordan opplever pårørende avdelingen: vennlighet og høflighet, informasjon, trivsel og trygghet for pasienten, muligheter for medvirkning?
- Kjenner personalet til kvalitetssystem, rutiner for avvikshåndtering, sentralt lovverk?
- Hvor mange pasienter får beroligende medikamenter?
- Hvor mange er faglærte/ufaglærte

Jeg ser for meg at mindre - men systematiske undersøkelser kan ha en større effekt som feedback på enhets- eller avdelingsnivå enn de store overordnede brukerunderøkelsene. Men at resultatene da må gjøres kjent, og gjerne sammenlignes mellom avdelinger. Metoden kan kanskje bidra til en større kultur for å lære av egen og andres praksis som: ”Hva gjør dere for at så mange ansatte kjenner innholdet i kvalitetsforskriften?” Eller; ”Hvordan har dere organisert tiden for at så mange pasienter får komme seg ut regelmessig?”

Slik situasjonen er nå virker det av og til som det er følelser, antakelser og rykter som er de rådende ’kvalitetsindikatorene’. Jeg tenker at det ligger mye uforløst evne til utviklingsarbeid i personalet hvis de bare får slippe til. Og at visualisering av gapet mellom faktisk praksis og ønsket praksis kan fylles igjen ved at arbeidet i seg selv er motiverende. Jeg tror at en slik måte å arbeide på kan påvirke kvalitet, omdømme, rekruttering, kunnskapsutvikling og motivasjon.

Jeg tenker derfor det må være mulig å benytte den kunnskapen til faktisk å måle kvalitet i tjenestene på en mye mer effektiv måte. Vi trenger store samfunnsforskningsprosjekt, men jeg har en hypotese om at smarte undersøkelser *in situ* - på stedet - kan ha en mer umiddelbar effekt, og kan være et nyttig lederverktøy.

## 6.8. Prolog: ’Stunder av verklighet’

I løpet av den internasjonale fotofestivalen Nordic Light i Kristiansund, hvor altså både fotoutstillingen ”Livet Lever” og filmen ”Kjærlig vekking” ble vist, fikk jeg anledning til å delta på mange berikende utstillinger og foredrag.

Særlig populære innslag er de nære, sterke og gode samtaler fra mellom kunstnerisk leder Morten Krogvold og kjente kulturpersonligheter, med publikum til stede. Disse samtalene - ”Ansikt til ansikt”- omhandler ofte kontroversielle tema, og går langt dypere enn hva rammene tilsier i for eksempel et radio eller TV-program. Ikke minst på grunn av raus tidsbruk.

På et av årets ”Ansikt til ansikt” fikk jeg anledning å få høre på den svenske regissøren Jan Jönssons beretninger med utgangspunkt i monologen ”Stunder av verklighet”. Monologen bygger på regissørens opplevelser med oppsetningen av skuespillet ”Mens vi venter på Godot” ved to forskjellige fengsler, med innsatte i alle rollene. Første gang ved fengselet Kumla i Stockholm, og det andre prosjektet ved et av USAs mest bevoktede fengsel, San Quentin fengselet i California. Samtlige fanger som var med i oppsetningen sonet livstidsdommer, og noen hadde vært innsatt i over både 40 og 50 år av sin levetid.

Flere kritiske røster mente at regissøren ikke verken ville klare å rekruttere skuespillere eller å etablere så nære relasjoner med disse fangene at det kunne bli noe godt teater av det. Men de tok feil. Da de fem rollene skulle fordeles, var det flere titalls fanger som meldte sin interesse. Jönsson hadde på forhånd bestemt seg for ikke å si nei til noe, fordi han hadde å gjøre med mennesker som aldri hadde fått noe annet enn avslag i hele sitt liv. Situasjonen ordnet seg ved at alle fikk sine ansvarsområder, om det så var å være assistent til assistenten.

Jan Jönsson tilbrakte hele døgnet sammen med fangene i de månedene prøvene pågikk. Fangene hadde utviklet en egen slang med et vulgært og tøft - og lite avansert språk, med ord som ’ fuck’ og ’motherfucker’ i omtrent hver setning. Jönsson som hadde bestemt seg for å ikke si ’nei’ til fangene, måtte konferere med Beckett vedrørende språkbruket som både influerte og endret originalmanuset, og Beckett ga sin velsignelse.

Fangene levde seg inn i rollene, og ble mer eller mindre i ett med karakterene de fremstilte. Eller kanskje motsatt, at karakterene ble personifisert ved de innsatte. Som en av de innsatte skuespillerne sa om sin rolle: ”Dette er meg, det er mitt liv, det er meg forfatteren har skrevet om- og det er jeg som forteller historien”

Beckett var selv dessverre for skrøpelig til å ta turen til San Quentin fengselet for å overvære premieren, men Jönsson fikk noen av de innsatte til å gjøre et enkelt opptak som han senere tok med til Paris.

Beckett så filmen uten et ord mens han holdt TV-apparat mellom hendene sine. Jönsson satt taus og spent og ventet på reaksjonen. Etter å ha sett ferdig sa Beckett: ”Dette er første gang siden jeg skrev ’Godot’ at jeg har sett den framført slik det er tenkt”

Jan Jönsson har flere ganger blitt spurt om hvorfor han setter opp Godot i fengselsmiljø, og han forklarte det selv slik:

> Alle mennesker har et behov for å uttrykke seg på et eller annet vis. Jeg vil derfor gi de som ikke har stemme en røst slik at de en sjelden gang skal få uttrykke seg. At de skal få opplevelsen av å bli hørt og sett.
>
> Jan Jönsson, april 2010

Hvorfor avslutter jeg med denne historien? Jo, fordi i det jeg hørte den bli fortalt forsto jeg noe om mitt eget prosjekt som jeg før ikke hadde begrepet. I prosjektskissen skrev jeg at jeg ønsket å vise en del av virkeligheten fra et sykehjem som sjelden kommer til syne, med mennesker som sjeldent kommer til orde.

En av oppdagelsene jeg hadde gjort underveis, som jeg ikke var forberedt på - var nettopp pasientenes engasjement i prosjektet. Jeg ble faktisk litt beskjemmet på egne vegne over ikke å ha forstått sammenhengen.

Det er en formidabel kunstnerisk, kvalitetsmessig og prestisjemessig avstand mellom Samuels Becketts ’Mens vi venter på Godot’ - satt opp av en profesjonell regissør , til et lite film- og fotoprosjekt ved et sykehjem, produsert ved hjelp av skolelever.

Under Jönssons beretning ble det at *alle mennesker* har et behov for å uttrykke seg - og å bli sett - enda klarere for meg. Ved visning av filmen ved kinoen i Kristiansund, fortalte jeg litt fra Jönsson sitt teaterprosjekt i forkant av filmen. Jeg vet ikke om det gjorde noe til eller fra i forhold til tilskuerne, men jeg har i alle fall forstått litt mer av hvorfor den lille filmen på knapt 8 minutter har grepet så mange. Og se ansiktene, høre stemmene, se hendene - se levd liv komme til syne som levende mennesker, og ikke bare pasienter og diagnoser.

# LITTERATURLISTE


Alnes, Rigmor Einag & Hatløy, Rimor, 2007: Positivt samspell i demensoomsorga: Har retteleiing med Marte Meo-metoden effekt? Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, Volum 44 11, 2007

Amabile Teresa M, Regina Conti, Heather Coon, Jeffrey Lazenby, Michael Herron1996. Assessing the work environment for creativity. Academy of Management Journal, 1996, Vol.39. No 5, 1154-1184.

Amabile, T. M. 1998. How to kill creativity: Keep doing what you're doing. Or, if you want to spark innovation, rethink how you motivate, reward, and assign work to people. *Harvard Business Review* (September-October): 77- 87.

Ammerudhjemmet bo - og kultursenter. Å få henge som en dråpe, 2010: Godkjent utvalg av tekster. De aktuelle tekstene er tilgjengelig online fra Rokilde USH sin blogg etter tillatelse fra prosjektansvarlig. http://rokildeush.com/

Andersson-Felé, 2008: Leda lagom många. Om struktur, kontrollspann och organisationsideal, Doctoral thesis. University of Gothenburg

Argyris Cog Schön D, 1978: Organization learning. Addison Wesley. Reading MA.

Benner, Patricia, 1984/2004. *"Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education"*. Bulletin of Science, Technology & Society, **24** (3): 188–19 From Novice To Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice [online] Lastet ned 23.06.2010. Tilgjengelig fra: http://bst.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/3/188

Bronner, Ethan, 2004. *The Teaching Nursing Home Program. Kap.4.* The Robert Wood Johnsen Anthology- To Improve Health and Health Care. Redaktører Stephen L Isaacs & James R Knickman

Busch T, Johnsen E, Klausen KK, Vanebo JO., 2001 *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis.* Oslo: Universitetsforlaget.

Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S.T., Vanebo, J.O.,2007 *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Universitetsforlaget

Cummings T.G & Worley C.G., 2005: '*Organization Development and Change'*, 8th edition, Thomson-South Western, USA

Dagbladet 4.juli 2010: *24 av 25 vil ikke jobbe i sykehjem*. [online] Lastet ned 4.7.2010. Tilgjengelig fra: http://www.dagbladet.no/2010/07/01/nyheter/innenriks/helsepersonell/helse-norge/12382624/

Donabedian, 2003: An introduction to quality assurance in health care. Oxford university press, USA

Dreyfus Stuart E. & Dreufus, Hubert L 1980/2010: *A five-stage model of the mental activities involved in direct skill acquisition:* Washington DC Storming Media [online] Lastet ned 23.06.2010. Tilgjengelig fra http://www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA084551&Location=U2&doc=GetTRDoc.pdf

Eines, Trude –Anne Wirum, Hilda-Karin Aass , 2006 : ”Pårørende i fokus” Evalueringsstudie av relasjonen mellom pårørende og ansatte i en sykehjemsavdeling. Intern arbeidsrapport. Rappoort nr.1 Nov. 2006 Høgskolen i Molde/ Rokilde sykehjem.

Eines, Trude og Lervik, Inger-Lise, 2010: Evalueringsstudie. ”Pårørendes erfaringer knyttet til informasjon og medviskning i forbindelse med tildeling av institusjonsplass i sykehjem. Arbeidsrapport nr. 1. Høgskolen i Molde/Rokilde sykehjem

Eines, Trude og Olsen, Britt Marie , 2008: ”Brukermedvirkning”. Evalueringsstudie av pårørende og ansatte i en sykehjemsavdeling med fokus på medvirkning. Høgskolen i Molde/Rokilde sykehjem.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten- ’Kvalitetsforskriften’ ,2003 [online] Lastet ned 30.01.2010. Tilgjengelig fra: http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html

Gotvassli, KÅ , 2007: *Kunnskaps- og prestasjonsutvikling i organisasjoner. Rasjonalitet eller intuisjon og følelser?* Tapir Akademiske forlag. Trondheim

Gotvassli, KÅ 2008: Forelesningsnotat. MKL, 14.11.2008, HiNT

Gourlay, S 2004: “Tacit knowledge”: the variety of meanings in empirical research”, Kingston Business School, Kingston upon Thames, UK

Hein, Helle Hedegaard, 2008: “Ledelse av primadonnaer – myter og fakta ”Ledelseidag.dk Nr.2 februar 2008 [online] Lastet ned 1.8.2010 Tilgjengelig fra: http://www.lederne.dk/ledelseidag/Artikler/Seogeftermndogaar/2008/nr2februar/ledelseafprimadonnaermyterogfakta.htm

Hein, Helle Hedegaard, 2009: ”Primadonnaen, præstations-tripperen, pragmatikeren og lønmotageren” Ledelseidag.dk Nr.4, april 2009. [online] Lastet ned 4.5. 2010. Tilgjengelig fra: http://www.lederne.dk/ledelseidag/Artikler/Seogeftermndogaar/2009/nr4april/praesentationafnyarketypemodel.htm

Helsedirektoratets strategi for Utviklingssentre for omsorgstjenester i kommunen, 2011-2015, Utkast til høring 5.mai 2010.

Houg, Tonje , 1996: *Takk, bare bra…?Flytteprosessen og hverdagen i et sykehjem.* Fafo-rapport 200

Hva er et undervisningssykehjem [online] Lastet ned 24.01.2010 Tilgjengelig fra: http://www.undervisningssykehjem.no/?page_id=6

Irgens, Erik , 2008: Notat fra 14.11.2008 foredrag om kunnskapsutvikling for MKL og MKL-Alumni , HiNT.

Jacobsen, Rita 8.mai 2007 ”Med hodet over vannet - eller vann over hodet” Foredrag om motivasjon, Kristiansund.

Jon-Arild Johannessen, Johan Olaisen & Bjørn Olsen, 2009. *Omdømme- rykter, sladder og tøvprat.* Cappelen Akademiske forlag, Oslo

Jönsson, Jan, 29. april 2010. Fra samtale i “ansikt til ansikt”. Jönsson har også skrevet en monolog om sine erfaringer: *Stunder av verklighet* (tilgjengelig på CD).

Krüger, Sverre 2004: - *og hendene hans har øyne: samtaler med Nils Aas ved høvelbenken*. Communicatio forlag. Trondheim

Kunnskapsbasert praksis, 2010 [online] Lastet ned 17.06.2010 Tilgjengelig fra: http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6

Kunnskapssenteret, 2010 Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring. [online] Lastet ned 17.06-2010 Tilgjengelig fra: http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2108.cms

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, Helsedirektoratets publikasjon IS-1201, 2004

Lervik, Inger-Lise 2010: Årsrapport Rokilde sykehjem 2009. [online] Lastet ned 19.08.2010 Tilgjengelig fra: http://rokildeush.files.wordpress.com/2010/01/arsrapport-2009.pdf

Myklebust, Jon Olav, 2002: *Utveljing og generalisering i kasusstudiar.* Norsk pedagogisk Tidsskrift. 5/2002- 423 Gjengitt i artikler i kompendium, modul 6: Kunnskap og metode

Nakrem, Sigrid, 2004 : Modernisering av offentlig sektor. Sykepleien 2004 92 (06) : 30-35 DOI: 10. 4220 Sykepleiens.2004.0028

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring , 2005: *Og bedre skal det bli*. Helsedirektoratet.

Ness, Harald 2008: Notat fra paperveiledning MKL. HiNT

Newell, S., M. Robertson, H. Scharbrough & J. Swan 2002: *Managing knowledge work*. Palgrave Macmillan

Nonaka, F. og H. Takeuchi 1995: *The Knowledge Kreating Company*. Oxford University New York

Norsk standard NS-EN ISO 8402:1994 :Kvalitetsledelse og kvalitetssikring, terminologi.

Nygaard, H.A, 2002: Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? Tidsskriftet for den Norske Lægeforening. Nr. 8 – 20 mars 2002; 122: 823 – 5

Ottestad, Hans Knut 22.01.2010: Kvitter seg med sykehjem. Sykepleien.no [online] Lastet ned 15.08.2010 Tilgjengelig fra:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=311625

Paulsen, Bård & Huseby, Beate, 2009: Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden? Rapport nr.: Sintef A11522, Trondheim (Oppdragsgiver KS- må det med?)

Paulsen, Bård- Trond Harsvik , Thomas Halvorsen & Lars Nygård , 2007: Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Rapport nr.: Sintef A045006, Trondheim (Oppdragsgivere NSF, DNL og Fagforbundet)

Prusak, Laurence, 1997: *Knowledge in organizations.* Butterworth-Heinemann, Newton/Ma, USA

Regjeringen.no , 2/7 2009: Innovasjon og omsorg [Online] Lastet ned 10.08.2010. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2009/innovasjon-og-omsorg.html?id=570649

Rennemo, Øystein , 2006: *Levér og lær.* Aksjonsbasert utvikling i resultatorienterte organisasjoner. Universitetsforlaget. Oslo.

Robert Root-Beernstein & Michele Root-Beernstein, 2003 *The international Handbook on Innovation,*Edited by Larisa V. Shaviniva. Elsevier Science Ltd. Oxford

Røvik, K.A 2004, 4.utg. *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet.* Fagbokforlaget

Slappendel, Carol 1996: *Perspectives on innovation i organization* . Kompendium: artikler I utvalg, 2009. Innovasjon og kreativitet. MKL. Modul 8

Statistisk sentralbyrå, 2010. Plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. 1970-2005. [online] Lastet ned 15.05.2010 Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/historisk_statistikk/tabeller/4-19.html

Stjernestunder , 2007- Filmomtale [online] Lastet ned 15.07.2010 Tilgjengelig fra: http://coraxvideoproduksjon.no/stjernestunder.php

Stortingsmelding 47, 2008-2009, Samhandlingsreformen, punkt 9.8.2

Styhre, Alexander, 2004: Rethinking Knowledge: A Bergsonian Critique of the Notion of Tacit Knowledge. British Journal of Management, Vol. 15, 177–188 (2004)

Sykepleien.no ,2009: Misfornøyde sykepleierstudenter [online] Lastet ned 11.07.2010 Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=292662

The Edward Deming Institute, 2010: The man. [online]Lastet ned 12.03.2010. Tilgjengelig fra: http://deming.org/index.cfm?content=6

Tortorella, Michael J., 1995: The tree careers of Edward Deming. Siam News, 16.07.1995. Gjengitt ved "The Deming Insitute", 2010. [online] Lastet ned 12.03.2010. Tilgjengelig fra: http://deming.org/index.cfm?content=652

Von Krogh, G., Ichijo, K., Nonaka, I., 2005: *Slik skapes kunnskap. Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenking I organisasjoner*. NKS-forlaget. Oslo

**Figurer og tabeller:**

1. Figur 1 side 21, Helsedirektoratet (2005)
2. Figur 2 side 33, Newell et al (2002:8)
3. Figur 3 side 41, Amadine (1998)
4. Figur 4 side 42, Jacobsen (2005:14)
5. Figur 5 side 48, Nasjonalt kompetansesenter for kvalitet i helsetjenestene (2010)
6. Figur 6 side 53, Oversikt over forskningsspørsmål og metodevalg
7. Figur 7 side 85, Idedugnad (2010)

**Vedlegg:**

1. Intervjuguide gruppeintervju
2. Informert samtykke gruppeintervju
3. Prosjektsøknad
4. Prosjektplan film v/ INK UB
5. Avtale mellom Atlanten vg skole og Rokilde sykehjem
6. Informasjonsskriv og skjema for informert samtykke
7. Forenklet taushetsløfte
8. Bruk av metaforer spekulatoriet
9. Avtale Sony Music Norge
10. Program fotoutstillingen "Livet lever" – egen trykksak
11. Folder "Kjærlig vekking" – egen trykksak
12. Filmen "Kjærlig vekking" – DVD

## Vedlegg 1. Intervjuguide gruppeintervju

**INTERVJUGUIDE FOR GRUPPEINTERVJU**

*Viktig å få dem til å diskutere seg i mellom.*

*Finne felles normer og erfaringer.*

Hei, jeg heter Inger-Lise Lervik, og jeg skal intervjue dere om temaet kunnskap i forbindelse med et omdømmeprosjekt jeg holder på med. Tusen takk for at dere har tatt dere tid til å delta på dette intervjuet. Det betyr veldig mye for den videre utvikling av prosjektet.

Hensikten med intervjuene er å få et bilde av hvilke erfaringer og tanker dere har om ulike sider ved kunnskapsbegrepet. Jeg skal til sammen ha 3 eller 4 intervju, både fra dere som har arbeidet noen år - og fra studenter og lærlinger som enda er under utdanning. Informasjon fra intervjuene skal benyttes i min masteroppgave, samt i forbindelse med produksjon av kortfilm.

Det jeg snakker med dere om vil bli tatt opp på diktafon, og svarene blir anonymisert slik at ingen får vite hvem som har sagt hva. Opptaket blir slettet så snart jeg har fått skrevet et sammendrag, og senest innen utgangen av mars måned i år.

For å unngå misforståelser ber jeg om at dere sier i fra hvis dere er usikre på hva jeg mener med spørsmål(ene).

1. Presentasjon

Jeg har fått vite på svarskjemaene dere har sendt meg hvor lang tid dere har arbeidet i sykehjem, og hva dere jobber som. Vi starter allikevel med en presentasjon for at også dere skal få vite om hverandres bakgrunn.

- Navn
- Utdanning
- Erfaringspraksis (år)
- Arbeidssted

2. Om kunnskap generelt

- Hva tenker dere om ordet kunnskap – hva ligger i begrepet for deg/dere?
- Hvilken 'type' kunnskap er viktig på deres arbeidsplass?
- Har dere kjenneskap til følgende begrep:
    - Kunnskapsarbeider
    - Kunnskapsorganisasjon
    - Kunnskapsbasert praksis
    - Lærende organsisasjon
- Hva tenker dere på når dere hører begrepet taus kunnskap?

3. Om å utvikle kunnskap

- Hvordan finner dere fram til nødvendig kunnskap i ukjente situasjoner? Har dere eksempler? Hvordan deler dere kunnskap med nye, ufaglærte eller andre faglærte i situasjoner som er uvant eller ukjent for de det gjelder?
- Har dere noe 'system' for å dele eller utvikle (ny) kunnskap?

4. Om status, verdisyn og kunnskap

- Har dere erfaring på – eller tanker om at ulik type kunnskap blir verdsatt ulikt? I så fall av hvem? (Arbeid, privat, 'samfunnet') Tenker både på formalkompetanse (utdanning) og realkompetanse (arbeidserfaring)-
- Har dere eksempler på dette?
- Hvordan oppfatter dere at andre ser på din jobb i sykehjem?
    - Stikkord i forhold til status og verdi, kvalifikasjoner, utviklingsmuligheter
- Ser dere selv på arbeidet som en kilde til personlig og faglig utvikling? På hvilken måte/ hvorfor ikke?

5. Om bruk av kunnskap og ferdigheter

- På hvilken måte kommer fagkompetanse/ erfaringsbasert kunnskap uttrykk. Hva er forskjellen på en nybegynner og en ekspert i den praktiske hverdagen i et sykehjem? Kan dere gi eksempler på situasjoner hvor kunnskap kommer til syne?

6. Avslutning

- Egen identitet og yrkesstolthet: Har dere noen tanker på om vi som arbeider i sykehjem har behov for å bli mer bevisst på å verdsette eget og hverandres arbeid?

- Omdømme: Har dere noen tanker på om hva vi selv kan bidra til for å skape et bedre omdømme generelt? Og i forhold til kunnskap spesielt?

---

Da er vi ferdige. Har dere mer dere vil fortelle eller lurer dere på noe?

Tusen takk for hjelpen!

**Vedlegg 2 Informert samtykke, gruppeintervju**

# Forespørsel om deltakelse i studentprosjekt:

# Omdømme av sykehjem som kunnskapsorganisasjoner

Dette er en henvendelse til både dere som er lærlinger i helsefag og til sykepleiestudenter, og til dere som har er sykepleiere og hjelpepleiere og har minst 3 års arbeidserfaring i sykehjem (heretter fagpersonell). Forespørsel er om dere som er fagpersonell er villige til å delta i et forskningsprosjekt som innebærer gruppesamtale. Prosjektet skal ta for hvordan fagpersonell ser på seg selv som kunnskapsarbeidere, og på sykehjem som kunnskapsorganisasjon. Selve samtalen vil bli gjennomført ved Rokilde sykehjem sine lokaler ved i Kristiansund, og vil vare 1-2 timer. Rokilde sykehjem er et undervisningssykehjem

**Samtalens tema: (**Hvordan) Ser vi på sykehjem som kunnskapsarbeidsplass? Og (hvordan) ser vi på oss selv som kunnskapsarbeidere? I hvilke situasjoner kommer kunnskapen til syne?

**Samtalens formål:** Innhente informasjon omkring forhold som påvirker omdømmet av sykehjem i et kunnskapsperspektiv.

Jeg som skal gjennomføre intervjuene heter Inger-Lise Lervik.For tiden holder jeg på med avsluttende oppgave i videreutdanningen 'Master i Kunnskapsledelse' ved Høgskolen i Nord-Trønderlag. Undersøkelsen er et studentprosjekt. Veileder for prosjektet er førsteamanuensis Harald Ness, Høgskolen i Nordtrønderlag.

Jeg vil bruke gruppeintervju som metode for å innhente opplysninger og dere vil bli delt inn i grupper på ca 4-8 personer avhengig av hvor mange som ønsker å delta. Selve intervjuet vil vi ta opp på lydbånd og båndene vil deretter bli låst ned i et arkiv. Når intervjuene er nedskrevet, blir båndene slettet (senest mars 2010). Jeg vil i tillegg få påpeke at vi har taushetsplikt- og at alle personopplysninger/resultater vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt underveis i hele prosjektperioden. Det påpekes at det er helt frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen - uten noen form for begrunnelse. Undersøkelsen beregnes avsluttet ved frist for innlevering, 01.09.2009.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD)

**Dersom du har spørsmål knyttet til deltakelsen i denne undersøkelsen, kan du gjerne ta kontakt med undertegnende.**

| | |
|---|---|
| Inger-Lise Lervik | *Veileder :* |
| Fagutviklingssykepleier ved Rokilde sykehjem | *Harald Ness, førsteamanuensis* |

Politimester Bendixens gate 54

Telefon arbeid: 71574677

Mobil: 90783615

Inger-lise.lervik@kristiansund.kommune.no

*Høgskolen i Nord-Trønderlag*

*7729 Steinkjer*

*Serviceboks 2501*

*Tlf : 741112000*

*postmottak@hint.no*

Jeg håper du har anledning og lyst til å delta i denne intervju-undersøkelsen

Med vennlig hilsen

_____

Inger-Lise Lervik

**Arket på neste side bes returnert til meg i den frankerte konvolutten innen 31/12-2009**

Jeg har mottatt informasjon om undersøkelsens hensikt og er villig til å delta i denne intervju-undersøkelsen.

**Jeg er (kryss av):**

- **Lærling i helsefag** ☐
- **Sykepleierstudent** ☐
- **Offentlig godkjent hjelpepleier*** ☐
- **Offentlig godkjent sykepleier*** ☐

**For sykepleiere og hjelpepleiere ønskes personell med erfaring fra sykehjem. I denne forbindelse vil det si minst 3 års arbeidserfaring i sykehjem.**

**For deg som er under utdanning:**

**Har du praksis fra sykehjem fra før, og eventuelt hvor lenge?_____**

**Hvor lang praksistid har du hatt i sykehjem i forbindelse med selve utdanningen?_____**

**For deg som er utdannet hjelpepleier eller sykepleier:**

**Hvor lenge har du arbeidet i sykehjem?_____**

**Telefonnummer vi kan nå deg for nærmere informasjon: _____**

Intervjuene er planlagt gjennomført slik at helsefagarbeidere og sykepleierstudenter intervjues for seg, og at ferdig utdannet og eventuelt erfarent personell intervjues for seg selv.

Alternative datoer og tidspunkt for intervjuet (kryss av hva som passer for deg, gjerne flere kryss). Vi kontakter deg nærmere for endelig avtale.

**Alternative datoer for utdannet/ erfarent personell:**

11.januar kl. 14.00 _____

12. januar kl. 14.00 _____

Alternative datoer for lærlinger i helsefag og sykepleiestudenter

20.januar kl.17.00_____

21.januar kl.17.00_____

_____ _____

**Sted og dato** **Underskrift av intervjuperson**

## Vedlegg 3. Prosjektsøknad

Helsedirektoratet

Postboks 7000 St. Olavs plass

0130 OSLO

| Deres ref: | Vår ref | Saksbehandlere | Dato |
|---|---|---|---|
| | 2008/1146-19 | Bjarne Sandvik/Stein Kulø | 02.03.2010 |

## Søknad om tilskudd til prosjekt omdømmebygging

**Prosjekt omdømmebygging: Media som virkemiddel til å profilere sykehjem som kunnskapsorganisasjon for å øke anseelse av arbeidet med faget geriatri.**

Det vises til tidligere samtaler med fagutviklingssykepleier Inger Lise Lervik.

Det søkes med dette om tilskudd til gjennomføring av ovennevnte prosjekt med til sammen 140.000,-. Som det fremkommer i søknaden nedenfor, gjelder dette utgifter til produksjon av kortfilm og foto, samt utstilling i forbindelse med dette.

**Beskrivelse av prosjektet**

Målene med prosjektet

- ✓ Å skape nysgjerrighet blant potensielt fremtidige helsearbeidere ved å legge vekt på behovet for kompetanse.
- ✓ Å fortelle hva et undervisningssykehjem er.
- ✓ Å styrke yrkesstoltheten blant personell i sykehjem ved å fokusere på den genuine kompetansen som er nødvendig for å ta vare på de mest omsorgstrengende pasientene.
- ✓ Å vise noe av mangfoldet av mennesker i sykehjem. Å fokusere på at pleietrengende pasienter har sammensatte og individuelle behov, unike erfaringer og dermed motvirke instrumentell behandling og tilnærming til pasienter i sykehjem.

**Prosjektansvarlig og samarbeidspartnere**

Prosjektet er en del av en masteroppgave – ”master i kunnskapsledelse” som gjennomføres ved Høgskolen i Nord-Trønderlag (HiNT), og er et samarbeid mellom HiNT og Copenhagen Business School. Masteroppgaven gjennomføres med veiledning av HiNT, ved førsteamanuensis Harald Ness.

Prosjektleder vil bruke ca. 40 % stilling til prosjektarbeidet i den perioden som prosjektarbeidet pågår. Arbeidet er forankret i Rokilde undervisningssykehjems tiltaksplan for 2010.

Prosjektleder er fagutviklingssykepleier ved Rokilde sykehjem, undervisningssykehjemmet i Møre og Romsdal Fylke. I forbindelse med gjennomføring av prosjektet er det gjort avtale med Atlanten videregående skole, medialinjen (ungdomsbedrift) om produksjon av kortfilm og fotoutstilling med tilhørende program (hefte og bok).

I selve masteravhandlingen vil både filmen, utstillingen og heftet/boken være sentral, men selve forskningsarbeidet vil pga av fagområdet i masterstudiet bli sentrert rundt budskapet i filmen. Altså sykehjem som kunnskapsorganisasjon i et omdømmeperspektiv.

**Kortfilmen ”kjærlig vekking”**

Filmen skal vise kunnskapsaspektet i møtet mellom elev /student/ erfaren arbeidstaker i praksis og oppgaver i sykehjem. Fokus er derfor kunnskapsarbeideren i en kunnskapsorganisasjon.

Kortfilmen skal ta utgangspunkt i de 16 punktene i kvalitetsforskriften om opphold i sykehjem, og har fått arbeidstittelen: ”Kjærlig vekking”. Tittelen henspeiler både på det punktet i forskriften som omhandler døgnrytme – og på en mer abstrakt betydning. Det siste er ønsket om at filmen i seg selv kan også virke som ”kjærlig vekking” for den som ser den.

Det er planlagt å velge ut en sykepleierstudent og en lærling i helsefag. I forkant av filminnspillingen skal det gjennomføres fokusgruppeintervju av et utvalg av studenter og elever, samt erfarent personell for å avdekke hva de selv mener er nødvendig kompetanse for å arbeide med pasienter i sykehjem. Videre hva elevene/ studentene mener de bør komme fram for å illustrere dette. I forbindelse med refleksjonsgrupper med både erfarent personell, studenter og elever har noen områder blitt poengtert:

- ✓ Å kunne ”lese” pasientens behov, selv når han eller hun har svært begrenset mulighet til å uttrykke seg.
- ✓ Å kunne se det som ikke synes, høre det som ikke sies - og forså de følelsene som ikke kan utrykkes.
- ✓ Å kunne opparbeide et klinisk blikk, og være i stand til å ta etisk vanskelige avgjørelser sammen med pasient, pårørende og behandlingsteam.
- ✓ Å kunne holde i hånden siste gang øynene lukkes, og kunne tørre å være nær pårørende i sorgen.
- ✓ Å kunne improvisere og være kreativt løsningsfokusert i de stadig nye og uventede situasjonene som oppstår gjennom dagen.
- ✓ Å kunne arbeide i et fagmiljø som er i kontinuerlig utvikling, utvikle selvstendighet og evne til egenledelse - og delta i forsknings- og kvalitetsforbedringsarbeid.
- ✓ Å være bevisst på egen utvikling - og muligheter til å ”gjøre en forskjell”.
- ✓ Å vise nødvendig kombinasjon av relasjonelle ferdigheter (people skills), teknisk kunnskap og klinisk blikk.

Filmen er ment å kunne brukes i ulike sammenhenger, både i utdanningsinstitusjoner, utdanningsmesser, konferanser og i profileringssammenheng. I tillegg kan den vises på nett.

Utstillingen "Livet Lever" - om å være pasient i sykehjem 2010

Ungdomsbedriften stiller med 3-4 elever som hver tar bilder av 3- 4 pasienter. I tillegg vil pasientene bli intervjuet (samtaleform) av prosjektansvarlig – eventuelt sammen med elev. Spørsmål rundt pasientens opplevelse av sin livsverden ønskes belyst. Som et eksempel: 'Hvordan oppleves livet ditt akkurat nå'.

Utstillingen skal vise mennesker i sykehjem i ulike situasjoner og med ulik bakgrunn, og fra ulike avdelinger som demens, lindrende behandling ved livets slutt, korttidsopphold - og langtidsopphold. Utvelgelse av pasienter vil skje i nært samarbeid med pasientens pårørende, og etter godkjenning av både pasient (med og uten samtykkekompetanse) og pårørende. I tillegg vil det bli sendt søknad om godkjenning til Personvernombudet og regional medisinsk etisk forskningskomité. Sammen med bildene vil utdrag fra samtalene bli vist som tilhørende tekst. Utdrag fra tekst og bilder vil bli trykket i hefter som kan brukes i undervisning, til refleksjon og annen formidling.

Utstillingen er planlagt som en vandreutstilling med premiere i den internasjonale foto-festivalen Nordic Light. I tillegg vil den bli vist på web. Utstillingen under Nordic Light fører til stor publisitet, og utstillingen vil bli profilert gjennom fotofestivalens PR-kanaler, brosjyrer, radioreklame, TV-reklame, web med mer. På grunn av begrenset plass i åpningsutstillingen planlegges det nå en egen utstilling i etterkant av Nordic Light, samt en vandreutstilling.

**Film som virkemiddel**

I de fleste fagfelt synes det som om at kompetansebehovet blir høyt vektlagt. Til tross for at pasienter i sykehjem blir behandlet på det høyeste omsorgsnivået i primærhelsetjenesten og har mer komplekse lidelser og ofte kognitiv svikt, synes det ikke som om behovet for kompetanse er veldig tydelig formidlet. I flere år har vi sett listene for søknader om sommervikar i kommunen inneholdt følgende beskrivelser: "Har ingen arbeidserfaring, og ingen utdannelse, ønsker derfor å arbeide i sykehjem".

Prosjektleder har selv møtt mange fordommer og nedvurderte oppfatninger av det å arbeide i sykehjem. Av og til også møtt forbauselse over at noen i det hele tatt kan arbeide med noe så lite inspirerende og utviklende. Erfaringsvis er ansatte i sykehjem ofte selv også lite bevisste på å kommunisere at de er kunnskapsarbeidere i kunnskapsbedrifter. I media ser vi dessuten stadig mer eller mindre gjennomtenkte forslag til å rekruttere nye arbeidstakere, og det etterspørres stadig flere "hender".

For å skape høyere anseelse for geriatrifaget må det skje en bevisstgjøring blant arbeidstakerne i dette fagfeltet. Prosessen med å skape filmen, fokusgruppeintervju, samtaler og refleksjon kan være med på å øke den enkelte arbeidstakers selvanseelse gjennom en slik bevisstgjøring. Det ferdige produktet kan forhåpentligvis bidra til å påvirke andres oppfatning av og respekt for det å arbeide i sykehjem.

Undervisningssykehjemmets ansvar

Undervisningssykehjemmene har et særlig ansvar for:

- ✓ **Å øke anseelsen for faget geriatri, omdømmebygging og rekruttering.**
- ✓ **Å drive praksisnær forskning.**
- ✓ **Å utøve spredning av kunnskap.**

Prosjektet er derfor en måte å nå flere av undervisningssykehjemmets mål .

**Tidsplan**

Arbeidet med planlegging av prosjektet har pågått utover høsten 2009. Iverksetting avhenger av muligheter for økonomisk tilskudd, og vil ha følgende tidsplan:

| | |
|---|---|
| Desember 2009 | Søknad om godkjenning (personvernombud og etisk komité) |
| ” | Utvelgelse av pasienter, samtykke |
| Januar 2010 | Fokusgruppeintervju studenter/ elever - transkribering |
| Januar – februar | Samtaler (intervju) med pasienter - transskribering |
| Januar- mars | Fotografering av pasienter |
| Februar- mars | Filmopptak |
| Mars | Bearbeiding og klargjøring av bilder til utstilling og hefter |
| 27. april – 1.mai | Premiere på utstilling av pasienter i sykehjem ”Levd liv - livet lever” under den internasjonale fotofestivalen Nordic Light i Kristiansund. |
| Mai | Ferdigredigering av kortfilm og visning av kortfilm |
| 1.september | Innlevering av Masteroppgave |

**Teoretisk tilnærming**

Hovedmålet for masterstudiet er at kandidatenes kompetanse gjør dem i stand til både å initiere og gjennomføre utviklingsprosesser, i et arbeidsliv som kjennetegnes av situasjoner som ikke lar seg standardisere. Kandidatene skal være fortrolig med grunntanken i programmet, som er at møtet (relasjonen) mellom praksisfeltet og teoretisk kunnskap skal gi kandidatene anledning til å forholde seg kritisk refleksivt til problemer og løsninger, knyttet til forbedring av organisert virksomhet. Dette perspektivet bygger på et relasjonelt og sosial -konstruktivistisk ståsted (www.HiNT.no).Relevant teori fra studiet er fundamentet i masteroppgavens teoretiske del, og det vil bli argumentert for valgt litteratur i selve avhandlingen.

**Budsjett**

Kostnadene knyttet opp til gjennomføring av prosjektet er utgifter i forbindelse med produksjon av film, utstilling og hefter. Prosjektansvarligs arbeidsinnsats blir gjennomført delvis innen ordinær

arbeidstid- og i fritid som egeninnsats. Det er utarbeidet følgende budsjett basert på innhentede priser:

| **Tekst** | **Beløp** |
|---|---|
| Produksjon av hefter | 3 000,- |
| Trykk av hefter i forbindelse med utstilling, opplag 500 stk | 10 000,- |
| Produksjon av film, ungdomsbedrift | 12 000,- |
| Innleie av kompetanse for script og regi | 8 000,- |
| Rettigheter til musikk | 8 000,- |
| Produksjon av foto til utstilling (foreløpig begrenset til 8 pasienter pga av begrenset utstillingsplass ved Nordic Light) | 40 000,- |
| Tilleggsfoto for egen hovedutstilling i etterkant (+ 4 pasienter) | 20 000,- |
| Print (basisutgifter) på 8 pas. 20 400 + 4 pas.: 10 200 | 30 600,- |
| Nettbanner, installasjon og soundslides | 6000,- |
| Leie av utstillingslokaler under Nordic Light og ved hovedutstillingen | 5000,- |
| | |
| **Sum total** | **142 600,-** |

På denne bakgrunn søker Kristiansund kommune om et tilskudd til gjennomføring av prosjektet på i alt kr. 140.000,-.

Med hilsen

Helge A. Carlsen

Kommunalsjef

Fagutviklingssykepleier Inger-Lise Lervik, Prosjektansvarlig

**Vedlegg 4 Prosjektplan Film ved INK UB**

# KJÆRLIG VEKKING

**Kontaktinfo**

Rokilde: Inger Lise

INK UB:
Silje: 98428999
Christina: 97006368
Geir: 48196312

**Felles e-post:** ink@atlanten.vgs.no
Anavarlig lærer: Trond Hjelle
Tlf: 41928271  E-post : trond.hjelle@mrfylke.no

**Ansvar**
Vi i INK UB skal produsere og redigere filmen til Rokilde.
Inger Lise har avtale med pasienter og rettigheter til musikk, og alt det praktiske ved Rokilde. Hun skal også kvalitetssikre filmen underveis.

**Prosjektbeskrivelse:**
Denne filmen skal dokumentere livet på Rokilde sykehjem i Kristiansund.
**Budskap:** Vi skal få frem mye av kvalitetsforskriftene, og vise det virkelige livet på sykehjemmet. Vi skal ha en positiv vinkling, men filmen skal samtidlig vekke følelser hos seerne.
**Målgruppe:** Unge voksne, som kanskje vurderer å jobbe innen for dette temaet. Pårørende, voksne og eldre mennesker som søker etter et sykehjem.

**Innhold:**
Filmen skal inneholde en rekke elementer/virkemidler og scener.
• Kvalitetsforskriftene
• Intervju med pasient, en dialog
• Intervju med ektefelle av pasient (dementpasient)
• Pasient om livets avslutning
• Det å bo på sykehjem
• Fokus på at sykehjemmet er hjemmet til pasienten.
• Manikyr
• Sigar og conjac
• Et måltid
• Opera
• ”Kjærlig vekking”
**• Gjennom hele filmen skal en behagelig damestemme fortelle og forklare viktige momenter vi vil få frem. Dette skal få seeren til å sitte igjen med en spesiell følelse.**

**Form:**

• Noen bilder i gammeldags stil og svart/hvitt
• Musikk, rørende og litt fartsfylt. Stemmer over ens med bildene vi ser.
• Voiceover (dame)
• Det skal være en rekke nærbilder i filmen. Det skaper følelser og nærhet.
• Vi vil også filme med håndholdt kamera for å skape variasjon. På denne måten virker det mer dokumentarisk, ekte og personlig.
• Under intervju ønsker vi en veldig enkel bakgrunn, slik fokuset blir på intervjuobjektet. Vi vil ikke at bakgrunnen skal virke forstyrrende.

**Tidsplan for filming**
Disse dagene/timene jobber vi med ungdomsbedrift på skolen:
**Mandag:**
10.20 – 15.40
**Tirsdag:**
12.25 – 15.40
**Torsdag**
14.00 – 15.40

**PS!** Om tiden ikke strekker til, har vi også mulighet til å jobbe etter skoletid. Mest praktisk er det selvfølgelig å jobbe i skoletiden.

**Uke 11**
**Mandag 15.03.2010**:
Vi kan komme klokken 11.00 og filme utover dagen.
Denne dagen ønsker vi å kunne filme begynnelsen av filmen, der de tre pasientene introduserer seg selv (nærbilder).
Dialog med alle tre hovedpasientene om livets avslutning

**Torsdag 18.03.2010**:
• Denne dagen kan vi filme fra 14.00 og utover.
Vi vil gjerne filme en av aktivitetene dere arrangerer, som for eksempel manikyr.
• Nærbilder av omgivelsene:
- Leiligheten til alle hovedpersonene.
- Fellesrommet (stuen)
• Kanskje vi får fanget opp noen fine øyeblikk mellom pasientene og sykepleierne?

**Uke 12**
**Mandag 22.03.2010:**
Filme et arrangert måltid.
Vise den gode kontakten mellom pasienten og sykepleieren.

**Torsdag 25.03.2010:**
• Intervju med pasient om livet på Rokilde
Vil gjerne intervjue alle tre hovedpersonene.
**Uke 13 har vi påskeferie.**

**Uke 14**

**Tirsdag**
• Filme at en pasient blir kjærlig vekket.
• Følge dementpasienten, som dere snakket om på møtet. Dere kan godt legge til rette for dette for oss. Vi vil også foreta oss intervju med kona når hun er på besøk.
Kan også gjøre andre ting denne dagen?

**Torsdag**
Andre arrangementer dere legger til rette for. Eller eventuelt noe vi må filme om igjen.

**Uke 15**
Her begynner vi med redigeringen, og det fortsetter vi med i ukene fremover.
Vi redigerer også underveis i ukene før.

**Redigering**
Redigeringen vil vi ta for oss når filmingen er ferdig. Vi har egentlig filmen ganske klart for oss, og kommer til å redigerer på forskjellige elementer som vi har nevnt tidligere.

Inger Lise skal få komme å se underveis.

## NB!
• Vi ønsker gjerne at en pleier er med under et intervju og kan stille spørsmål til pasienten. Dette for å få pasienten til å føle seg tryggere og bli mer åpen.

**• Spørsmålene skal inneholde:**
Dette kommer vi tilbake til før vi kommer for å intervjue.

• Vi ønsker å komme til ”dekket bord” og at det meste er gjort klart og forberedt til vi kommer. Gi oss gjerne tilbakemelding om dette dagen før vi kommer.
Vi ønsker at dere forbereder pasientene før intervju.
Spesielt forberede pasienten om intervjuet om døden. Da er det en fordel at en av pleierne kjenner pasienten godt, og får den til å åpne seg.

• Vi vil påminne dere filmingen dagen før vi kommer. Slik kan dere forberede dere, og eventuelt gi tilbakemelding.

**Ferdig produkt:** Til Nordic Light.

**Vedlegg 5 Avtale mellom Atlanten vg skole og Rokilde sykehjem**

**ATLANTEN VIDEREGÅENDE SKOLE**

Møre og Romsdal fylke

# Avtale Atlanten videregående skole og Rokilde sykehjem

VG2 medier og kommunikasjon, med faglærerne Ann Olaug Slatlem og Trond Hjelle, har våren 2010 inngått ulike avtaler og samarbeid med Inger Lise Lervik og Rokilde sykehjem.

Faglærerne er ansvarlig for kvalitetssikring og levering av de ulike produktene. Avtalene involverer medier og kommunikasjon sine elevbedrifter – i hovedsak Ink UB og Visuell UB, men også Mediacore UB og Pixel UB.

Inger Lise Lervik og Rokilde sykehjem plikter å legge forholdene til rette for produksjonene og bidra etter inngåtte avtaler.

Avtaler og samarbeid våren 2010:

**Produksjon av film. Informasjonsfilm – *Kjærlig vekking*.**

Ink UB for Rokilde sykehjem.
Ansvarlig faglærer: Trond Hjelle
Avtalt pris: Kr 15.000,- samt Rokilde dekker eventuelle utgifter med royalties (kr 1.000-3.000,-). Etter avtale med Inger Lise Lervik.
Frist: Uke 17

**Fotoutstilling Nordic Light. Utstillingen - *Livet lever.***

Visuell UB for Rokilde sykehjem.
Fotoutstilling av 8 pasienter Rokilde sykehjem.
Pris fotografering per pasient kr. 1000,- -til sammen kr. 8.000,-
Utstillingen vil omfatte:
8 store foto og 24 mellomstore foto(Nordic Light-lokale)
24 mellomstore foto(Rokilde sykehjem/Internt)
Produksjon av soundslides: kr 2.000,-
Frist: uke 17

Atlanten videregående tar ansvar for innramming, tilrettelegging, opphenging, leie eksternt utstillingslokale, utstillingsfolder og publisitet og annonsering utstillingen og film.

Medier og kommunikasjon vil administrere prosjektene og bruke alle sine fire elevbedrifter med til sammen 26 elever.

| | |
|---|---|
| Leie utstillingslokaler/materialer | kr. 5000,- |
| Produksjon utstilling og tilrettelegging - 56 foto | kr. 60.000,- |
| (Etter avtalte spesifikasjoner med Ann Olaug Slatlem) | |
| Produksjon utstillingsbrosjyre | |
| 12 sider farge glanset papir | |
| Opplag 3000 eksemplar | kr 22.500,- |
| Produksjon utstillingskort | kr 5.000,- |
| Produksjon 3 stk Roll-ups + plakater | kr 15.000,- |
| PR-opplegg utstilling/film | kr 7.500,- |
| Produksjon kortfilm 30 sek-2min | kr 5.000,- |
| A-F har frist uke 17 2010 (eller før) | |
| G har frist 22. september i 2010 | |
| | |
| Totale priser 1,2 og3 | kr 145.000,- |

Alle priser er *inkludert mva* – eller prisene blir fakturert fra UB som ikke er mva-pliktig.

*Produksjonene er i gang. Rokilde sykehjem og Inger Lise Lervik må garantere for produksjoner og avtaler inntil kr 145.000,-*

Atlanten videregående skole garanterer for produktene og prisene. Rokilde sykehjem blir fakturert fra medier og kommunikasjon sine fire elevbedrifter. Bedriftene og skolen blir fakturert alle utgifter vi har med produksjonene.

Faktura blir sendt i uke 18 eller 19 – med frister i uke 20 eller 21.

Kristiansund 2010-03-25

Trond Hjelle — Inger Lise Lervik

Avdelingsleder — Rokilde sykehjem

Medier og kommunikasjon

**Vedlegg 6 Informasjonsskriv og skjema for informert samtykke**

# Informasjon om film og fotoprosjekt til pasienter og pårørende

Våren 2010 har Rokilde sykehjem inngått en avtale med ungdomsbedrifter ved Atlanten videregående skole, medialinjen om å lage en kortfilm på ca 5 minutter og en fotoutstilling.

- Filmen skal i hovedsak viser både dagliglivets situasjoner og mer spesielle begivenheter. Vi tar utgangspunkt i blant annet noen av punktene i den såkalte kvalitetsforskriften – som sier noe om at du som pasient skal ha muligheter til for eksempel:
    - Oppleve respekt, å få bestemme over livet ditt, ha et sosialt liv, få den hjelpen du trenger når du trenger det, få delta i aktiviteter - men også få muligheter for ro og privatliv

- Fotoutstillingen **Om pasienter i sykehjem 2010**: "Livet lever" – ønsker vi å vise utvalgte pasienter i ulike situasjoner. Hensikten er å vise positive bilder med varme og nærhet. I tillegg til bildene ønsker vi å trykke en tekst hvor du forteller noe om hvordan du opplever livet ditt akkurat nå. Det kan være hensiktsmessig å ta lydopptak slik at det du sier enten kan skrives av korrekt til tekst, eller gjengis som lyd sammen med bildene. Bildene skal vises første gang under fotofestivalen Nordic Light.
- Utvalgte bilder og tekstlinjer fra fotoutstillingen trykkes opp i eget program for utstillingen.
- Du skal få muligheter til å se film og eller foto før det blir vist for andre. Hvis du er hovedpersonen i bildet eller filmscenen vil vi dersom ikke annet er bestemt- gjengi fornavnet ditt og eventuelt alderen.

Bilder og film eies av Rokilde sykehjem og vil bare bli brukt av sykehjemmet. Film og fotografier kan – dersom ikke annet er bestemt – også benyttes ved konferanser, i rapporter, brosjyrer og andre dokumenter som publiseres av Rokilde sykehjem. Fotoutstillingen planlegges vist på Rokilde sykehjem sin nettside.

For at du blir filmet og/eller fotografert skal du ha fått informasjon og ha skrevet under på at du ønsker å delta. Du skal når som helst kunne trekke seg fra fotografering og filming, og opptak som allerede er gjort vil i så fall bli slettet omgående.

**For pasienter som ikke selv har samtykkekompetanse vil næreste pårørende bli forespurt på pasientens vegne.**

Elever i ungdomsbedrift som deltar i prosjektet har skrevet under på taushetsløfte.

Inger-Lise Lervik

Prosjektansvarlig

For pasient (navn)_____Dato:_____

# Skjema for informert samtykke

- Jeg bekrefter at jeg har fått informasjon om film- og fotoprosjektet som foregår ved Rokilde sykehjem. Jeg vet at bilder og eller film hvor jeg deltar skal utstilles/vises. Jeg vet også at bilder, lydopptak og film kan bli benyttet av Rokilde sykehjem ved for eksempel konferanser, i skriftlige rapporter og på sykehjemmets nettside.

- Jeg er informert om hva samtykket gjelder, og jeg gir tillatelse til at jeg blir fotografert og eller filmet, og at det eventuelt blir gjort lydopptak av meg

- Jeg godtar at jeg kan bli presentert med fornavn og alder når jeg er hovedpersonen i bildet eller i filmsekvensen

- Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg fra prosjektet, og at foto, film og eventuelt lydopptak i så fall vil bli slettet omgående

Signatur pasient:_____

*Signatur nærmeste pårørende dersom pasienten ikke selv kan samtykke:

_____

**Vedlegg 7 Forenklet taushetsløfte**

# Taushetsplikt for elever i forbindelse med fotografering og filmproduksjon ved Rokilde sykehjem våren 2010

Vi er klar over at jeg i dette elevarbeidet plikter å hindre at andre får tilgang eller kjennskap til det jeg får vite om pasientenes og ansattes personlige forhold. Det gjelder i dette tilfellet forhold som ikke er avtalt å kunne publiseres i forhold til pasienter og personell vi skal samarbeide med. Det samme gjelder kjennskap jeg får til pasienter og personell som ikke direkte inngår i dette samarbeidet.

Vi er kjent med at taushetsplikten også gjelder etter at jeg har avsluttet prosjektet i Kristiansund kommune.

Videre er jeg klar over at brudd på taushetsplikten kan medføre straff i samsvar med straffeloven § 121.

Dato: Dato:

| INK UB | VISUELL UB |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**§ 13.** *(taushetsplikt).*

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

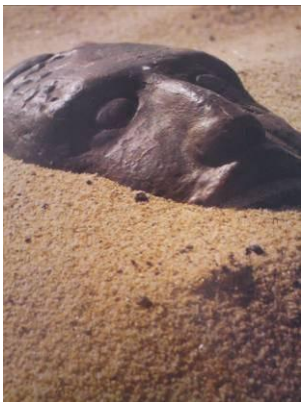
- 1) noens personlige forhold, eller
- 2) tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.

Som personlige forhold regnes ikke fødested, fødselsdato og personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, med mindre slike opplysninger røper et klientforhold eller andre forhold som må anses som personlige. Kongen kan ellers gi nærmere forskrifter om hvilke opplysninger som skal reknes som personlige, om hvilke organer som kan gi privatpersoner opplysninger som nevnt i punktumet foran og opplysninger om den enkeltes personlige status for øvrig, samt om vilkårene for å gi slike opplysninger.

Taushetsplikten gjelder også etter at vedkommende har avsluttet tjenesten eller arbeidet. Han kan heller ikke utnytte opplysninger som nevnt i denne paragraf i egen virksomhet eller i tjeneste eller arbeid for andre.

**Vedlegg 8 Bruk av metaforer. Spekulatoriet.**

”Tankene våre er fanget i et nett. Her er trygt å være- endring kan være litt skremmende”



Men kanskje på tide å stikke ansiktet fram- eller få hodet opp av sanden?

Kan pasientene føle seg innesperret..bak låste dører?

Må ha en felles plattform før endringer kan skje

Og når vi står samlet kan vi strekke oss etter det samme målet

Vi er på vei, men det kan være langt å gå..

Mange pasienter sitter helt stille..noen få er i bevegelse.

Komplekse oppgaver, løser det ene - så kommer det stadig ny som en dynge som stadig blir fylt opp

**Vedlegg 9 Avtale med Sony Music**

SONY MUSIC

**TILLATELSE TIL ANVENDELSE AV MUSIKK I REKLAMEFILM/ INTERNET-ANNONSE I NORGE**

Produsent : Rokilde Sykehjem v/ Inger-Lise Lervik

Adresse : Bendixens gate 54, 6512 Kristiansund

Telefon :

Orgnr :

**Opplysning om TV/kino/nett-annonsen:**

Tittel : Rokilde Sykehjem

Type : Kortfilm

Spilletid : 8 minutter

**TV/kino/nett-annonse anvendelse:**

Anvendelsesområde : Kortfilm

Periode :

Innhold/resyme :

**Tillatelsen gjelder følgende komposisjoner:**

1. Tittel : Långa Nätter, New York, Falla Fritt

   Artist : Melissa Horn

   Eierselskap : SONY Music Entertainment Norway AS

   Avgift : kr. 3000,- + mva

**Andre opplysninger :**

1. Tillatelsen gjelder først når faktura på eierselskapets avgift er betalt

2. Tillatelsen gjelder kun ovennevnte TV/kino/nett og periode

3. Tillatelse til anvendelse skal også være gitt av TONO's NCB-avdeling/management

4. Plateselskapet beholder alle rettigheter til og vederlag for videresending av disse kringkastingssendingene

Sted.....Oslo.....
Sted.....

Dato.....04/06/2010.....
Dato.....

Navn..... Navn.....

For SONY Music Entertainment Norway AS for Rokilde Sykehjem