

# **MASTEROPPGAVE**

## **Yrkespedagogikk**

Master thesis in vocational pedagogy

**2012**

### **Fra personlig erfaring til kollektiv kunnskap**

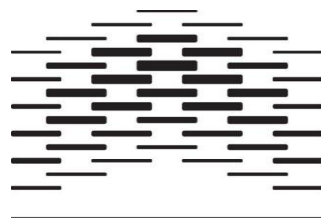
**Hvordan kunnskapsdeling kan øke kompetansen hos ambulansesarbeidere.**

*The very process of living together educates” John Dewey 1916*

Knut Styrkson

**Fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier**

**Institutt for yrkesfaglærerutdanning**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

---



## Forord

En spennende og lærerik periode går mot slutten. 4 år med studier på høyskolen i Oslo og Akershus ved siden av full jobb er over. Det har vært slitsomt, men jeg tror helt sikkert jeg ville ha gjort det samme igjen. En vis person har sagt; *"Menniskans största formoga är att glömma"*. Vi har en tendens til å glemme det slitsomme og huske det gode. Og godt er det.

Min interesse for kunnskapsdeling og læring har vært fundamentet for dette prosjektet. Jeg har alltid likt å dele kunnskap og vært åpen for å lære nytt. Som ambulansarbeider gjennom mange år har jeg selv erfart betydningen av å ha noen å dele erfaringer med. Interessen for læring har ikke blitt mindre under arbeidet med prosjektet, snarere tvert i mot. Det er på ingen måte slutt med dette. Studietiden har vært meget lærerik og er det noen som har lært mye om betydningen av kunnskapsdeling er det meg.

En stor takk til min veileder Tove Lien som med stor ro og tålmodighet har loset meg gjennom frustrasjoner og vanskelige ord som divergens, diskurs, diskrepans. Takk til gode kolleger i arbeidsgruppen som har lest og kritisert arbeidet mitt etter hvert som det har skredet frem.

Takk til ledelsen i ambulanseavdelingen og til gode kolleger som uten blygsel har stilt seg selv til disposisjon for kartleggingssamtaler, observasjoner, spørreundersøkelser og intervjuer. Og ikke minst en varm takk til dem hjemme.

15. mai 2012

Knut Styrkson

## Sammendrag

Dette prosjektet handler om kunnskapsdeling. Om hvordan man får personlig utvikling og økt kompetanse ved å dele erfaringer og kunnskap med kolleger. Teorien som ligger til grunn hører inn under det sosialkonstruktivistiske paradigmet hvor den lærende sees i sammenheng med den sosiale konteksten læringen foregår i. Tesen er at ambulansarbeidere kan øke sin kompetanse og dermed være i stand til å utføre jobben sin bedre ved å dele kunnskap og erfaringer med kolleger. Dermed får kunnskapsdeling både en personlig og organisasjonsmessig konsekvens. I tillegg vil økt kompetanse hos ambulansarbeidere gi et bedre tilbud til pasientene og slik vil økt kunnskapsdeling også få en samfunnsmessig konsekvens. Med denne bakgrunnen fikk prosjektet følgende problemstilling.

*Hvordan kan kunnskapsdeling øke kompetansen hos ambulansarbeidere?*

Hensikten med prosjektet var å gå i dybden og gjøre undersøkelser om hvordan kunnskapsdelingen egentlig foregår og videre om det er mulig å forbedre, utnytte og tilrettelegge for bedre og mer effektiv kunnskapsdeling blant ambulansarbeidere. I undersøkelsene ble det stilt spørsmål om hvordan ambulansarbeiderne opplever at de deler kunnskap og hvilke erfaringer og meninger de har om det å dele kunnskap med kolleger.

Et sentralt spørsmål er om kunnskapsdeling som en del av organisasjonens læringsstrategi kan være et godt middel for å nå samfunnets mål og krav til ambulansetjenester? Kunnskapsdeling alene kan ikke kvalitetssikre ambulansarbeidernes kompetanse. Deling av kunnskap og erfaringer må inngå som en del av organisasjonens læringsstrategi. En mulighet er å utvikle og arbeide på det personlige og organisasjonsmessige nivået parallelt. Hvis ambulansarbeiderne vet at de har den nødvendige kompetansen vil det gi større trygghet i jobben og de vil gjøre en bedre jobb. Det vil gi et bedre tilbud til befolkningen.

Det har vært flere hendelser omtalt i media de siste årene hvor ambulansarbeidere har vært i søkelyset. Det viser at det er behov for å ruste kollegene for fremtiden. Målet må være å utvikle en helhetlig ambulansetjeneste som hele tiden kan og må bli bedre. Det betyr at ambulansetjenesten alltid må være i forkant, ikke minst på skoling av ambulansarbeidere.

Opplæringsaktiviteter, og herunder et system for kunnskapsdeling, bør være en integrert del av den daglige virksomheten i ambulansetjenesten.

Med utgangspunkt i Jørgensen og Warring sin modell for læring i arbeid ble det undersøkt hvilke organisasjonsmessige og rasjonelle forhold som har betydning for kunnskapsdeling på arbeidsplassen. Sentrale funn er at både ledelsen og arbeidstakerne har et felles ansvar for å tilrettelegge for kunnskapsdeling. Holdninger, humor og arbeidskultur kan synes å være viktige momenter i kunnskapsdelingen. Slik situasjonen er i dag skjer kunnskapsdeling i stor grad tilfeldig og organisasjonen får ikke utnyttet det potensialet som ligger i hver enkelt arbeidstaker sin unike kunnskapsbase. Videre viste undersøkelsene at ambulansefagets art gir rom for kunnskapsdeling, og det er opp til ambulansearbeiderne å gripe mulighetene når de er der.

Ambulansearbeidere har til tider en meget hektisk og belastende arbeidshverdag hvor den enkeltes kompetanse står sentralt i håndteringen av akutt syke eller skadede mennesker. Ambulansearbeidere deler mye kunnskap allerede men de kan samtidig bli mye bedre. Det er et stort potensial i å utvikle kunnskapsdeling som læremetode for ambulansearbeidere slik at de får økt sin kompetanse til å møte de utfordringene som ligger i en hektisk ambulanshverdag.

## **Summary in English**

This project is all about knowledge sharing. It is about how to get personal development and increased understanding by sharing experiences and knowledge with colleagues. The theory underlying falls within the social constructivist paradigm in which the learner is seen in relation to the social context of learning that it takes place in. The assumption is that the ambulance workers can increase their skills and thus be able to perform their jobs better by sharing knowledge and experiences with colleagues. This knowledge sharing has both personal and organizational consequences. In addition, the increased competence of ambulance workers will provide a better service to patients and thus, increased knowledge sharing will also have a societal impact. On this basis the following question was formulated for the project.

*How can knowledge sharing increase the skills of ambulance workers?*

The purpose of this project was to go in depth and do research on how knowledge sharing actually takes place, and whether it is possible to enhance or exploit, and facilitate better and more effective knowledge sharing among ambulance workers. Key questions were how ambulance workers share their knowledge and their experiences, and what opinions they have about sharing knowledge with colleagues.

A key question is whether knowledge sharing as part of the organization's learning strategy can be a good means of achieving society's needs and requirements for ambulance services? Knowledge sharing alone cannot ensure the quality of ambulance workers' skills. Sharing knowledge and experiences must be part of the organization's overall learning strategy. One possibility is to develop and work on the personal and organizational level in parallel with the organizations learning strategies. If the ambulance workers know they have the necessary expertise it will provide greater confidence in their work and they will do a better job. It will provide better services to the population.

There have been several unfortunate incidents mentioned in the media in recent years where ambulance workers have been in the spotlight. It shows that there is a need to develop competencies in the ambulance service for the future. The goal must be to develop a comprehensive ambulance service that has an ongoing competency and the ability to continually improve. This means that the ambulance service must always strive to be ahead, not least the training of ambulance workers. Learning activities, including a system for knowledge sharing, should be an integral part of the daily activities of the ambulance service.

Using Jørgensen and Warring's model for learning at work research was done into which organizational and rational factors that affect knowledge sharing in the workplace. Key findings are that both management and employees have a responsibility to facilitate knowledge sharing. Attitude, humor and work culture may seem to be important factors in knowledge sharing. The situation today shows that knowledge sharing is largely random, and that the organization has not been able to exploit the potential of each employee's unique knowledge base. Further research shows that the nature of the ambulance service could make knowledge sharing possible, and it is up to the ambulance workers to seize the opportunities when they present themselves.

Ambulance workers have at times a very hectic and stressful work day where the individual's employee's competence is central to the management of acutely ill or injured people. Ambulance workers share a lot of knowledge already but they can also be so much better. There is a great potential in developing knowledge sharing as a teaching method for ambulance workers, and by doing so they may increase their skills and competencies to meet the challenges of a hectic day in the ambulance service.

# Innhold

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>I</b>
<b>SUMMARY IN ENGLISH .....</b>	<b>III</b>
<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	4
1.2 Prosjektets struktur .....	5
1.3 Ambulansetjenesten i et erfarings- og utdanningsperspektiv .....	6
<b>2.0 KUNNSKAPSDELING I ET YRKESTEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>11</b>
2.1 Ambulansefaget .....	12
2.2 Prosjektets sentrale begreper .....	17
2.3 Læring i arbeidslivet .....	30
2.4 Læring i ambulansetjenesten .....	39
<b>3.0 FORSKNINGSDESIGN .....</b>	<b>42</b>
3.1 Forskningsprosessen .....	43
3.2 Utvelgelse av respondenter .....	49
3.3 Reliabilitet og validitet .....	50
3.4 Forskningens etikk .....	53
<b>4.0 FORSKNINGSRESULTATER.....</b>	<b>55</b>
4.1 Presentasjon av undersøkelsene og respondentene .....	56
4.2 Drøfting av organisatoriske forhold .....	62
4.2.1 Rammebetingelser .....	62
4.2.2 Organisasjonskultur og samhandling.....	69
4.2.3 Læring og kunnskapsdeling.....	74
4.3 Drøfting av relasjonelle forhold .....	79
4.3.1 Holdninger og sosiale faktorer .....	79
4.3.2 Relasjoner og kvalitet på arbeidet .....	86
4.4 Ny forståelse og innsikt i forhold til forforståelsen .....	92
<b>5.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>95</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>98</b>
Offentlige dokumenter og andre kilder. ....	100
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>102</b>
Vedlegg 1 – Intervjuprosessen .....	102
Vedlegg 2 – Intervjuguide .....	103
Vedlegg 3 – Deltakende observasjoner .....	104
Vedlegg 4 – Spørreundersøkelsen .....	105
Vedlegg 5 – Spørreundersøkelsen referansegruppen .....	106
Vedlegg 6 – Observasjonsskjema.....	107



## Figurer

Figur 1. Ambulansepersonellutdanningen i NOU-76:2.....	7
Figur 2. Timefordeling VG2 Ambulansefag .....	8
Figur 3. Paramedicstudiet ved Høyskolen i Lillehammer .....	9
Figur 4. Implisitt og eksplisitt kunnskap. Fra Nonaka og Takeuchi (2001).....	22
Figur 5. Dalins realkompetansebegrep (2004) .....	28
Figur 6. Kolbs lærings sirkel. Fra Illeris (2006).....	33
Figur 7. Jørgensen og Warrings læringsmodell. Fra Illeris(2004b) .....	34

## Tabeller

Tabell 1. Antall observasjonsvakter, oppdrag og hastegrad .....	58
Tabell 2. Respondentene i spørreundersøkelsen.....	59
Tabell 3. Respondentene i referansegruppen.....	60
Tabell 4. Rammer og kunnskapsdeling .....	63
Tabell 5. Kontekst og kunnskapsdeling.....	67
Tabell 6. Organisasjon og kunnskapsdeling .....	73
Tabell 7. Holdninger og kunnskapsdeling .....	81
Tabell 8. Kolleger og kunnskapsdeling.....	83

## 1.0 Innledning

Kunnskapsdeling har foregått så lenge menneskeheten har eksistert. Deling av kunnskap og erfaringer var nødvendig for å overleve og er grunnlaget for den menneskelige eksistens. De første tegnene på kunnskapsdeling finner man i huler Frankrike hvor det er hulemalerier som er mer en 32 000 år gamle. Disse maleriene beskriver jaktscener og hvordan jakten foregikk. Historisk ser man at kunnskapsdeling alltid har vært nødvendig for å føre menneskeheten videre. Filosofen Platon (427 – 347 f.kr) sa; ” *Jeg har stor glede av å snakke med de gamle. De har tilbakelagt den veien vi alle skal gå og vet hvor den er ujevn og vanskelig og hvor den er jevn og lett*”.

Ambulansetjenesten i Norge startet i storbyene på begynnelsen av 1900-tallet som et resultat av industrialiseringen og den spede begynnelsen på utviklingen av velferdssamfunnet slik vi ser det i dag. Men det er først i dette årtusenet at ambulansetjenesten har blitt etablert som et eget fag og blitt en del av det offentlige helsevesenet. Samfunnet i dag stiller større krav til kompetanse og kompetansebegrepet er mer komplekst enn tidligere. Ambulansetjenesten er også berørt av disse samfunnsendringene. Det stilles store krav til dagens ambulansarbeidere og følgelig kravene til kunnskap og kompetanse. Jeg har vært med på denne utviklingen og har i snart 30 år vært knyttet til ambulansetjeneste og akuttmedisin. De siste 18 årene i ambulansetjenesten i Oslo og Akershus. På bakgrunn av dette mener jeg at jeg har solid erfaring fra feltet og bygger min for forståelse på denne erfaringen.

Jeg har selv erfart betydningen av å dele erfaringer. Det har vært mange situasjoner hvor det har vært helt nødvendig, både for pasientens og min eksistens, å dele kunnskap. Snart 30 års erfaring gitt mange gode minner, men det har også vært dager hvor jeg skulle ønske at jeg ikke hadde vært på jobb. Det er spesielt viktig å dele også disse erfaringene med kolleger. Dette aspektet ved kunnskapsdeling ligger utenfor det yrkespedagogiske perspektivet og er ikke gjenstand for drøfting i prosjektet. Allikevel vil det være med i for forståelsen og vil prege tolkningen og drøftingen av empirien.

NOU 1998:9, "Hvis det haster...", handler om faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. Her defineres den akuttmedisinske kjeden til å omfatte de tiltak og tjenester som er etablert for å yte nødvendig medisinsk hjelp ved akutt behandlingstrengende sykdom. Et sentralt prinsipp er at riktig pasient kommer på riktig sykehus til riktig tid. Ambulansetjenesten er et viktig ledd i behandlingsskjeden fordi tidlig og adekvat behandling reduserer pasientens lidelse og forebygger sykdomsutvikling. Et av hovedperspektivene i den akuttmedisinske kjeden er å redusere antall liggedøgn på sykehuset. Det er ikke bare viktig for pasienten, men også i et samfunnsøkonomisk perspektiv. I utredningen ble ambulansetjenesten vurdert som faglig sett det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden. Tjenestetilbudet varierer svært i ulike deler av landet. I sentrale strøk skyldes dette sviktende kapasitet i tjenesten, mens variasjoner i organisering og faglig kvalitet er hovedutfordringene i de mindre tjenestene.

Dette prosjektet handler om kunnskapsdeling. Om hvordan man får personlig utvikling og økt kompetanse ved å dele erfaringer og kunnskap med kolleger. Formålet med prosjektet er å sette fokus på og øke bevisstheten om kunnskapsdeling slik at man kan øke ambulansearbeidernes akuttmedisinske kompetanse. Det vil i så fall kunne få individuelle, organisasjonsmessige og samfunnsmessige konsekvenser. Både organisatoriske og relasjonelle forhold har betydning når man skal dele kunnskap. Man har en spesiell mulighet i ambulansen fordi arbeidets art tilsier at man jobber nært og tett på hverandre og man må samarbeide for å kunne utføre oppdragene slik Helsepersonelloven tilsier. Suksessfaktorer i pasientbehandlingen er samhandling og interaksjon, og mulighetene for dialog med kollegene er derfor gode.

Det som kjennetegner ambulansearbeidernes hverdag er at de ofte er alene uten å ha noe støtteapparat rundt seg når de skal ta vanskelige avgjørelser. Under akuttoppdrag må avgjørelsen tas raskt fordi det står om liv. Avgjørelser tas mange ganger ute under vanskelige forhold, på natten, i regn, mørke, vind og snø. Dette stiller store krav til kunnskaper, ferdigheter og ikke minst holdninger. Holdninger er spesielt viktig fordi jobben de utfører preges av holdningene. Videre gir uniformen ambulansearbeidere stor autoritet. Sammen med den nesten ubegrensede tilliten pasientene viser, kan denne autoriteten være utfordrende å håndtere. I disse situasjonene er det godt å ha en kollega som en kan støtte seg til og dele kunnskap med.

Min erfaring er at ambulansearbeiderne deler kunnskap. Allikevel er det et potensial for å bli bedre. Arbeidssituasjonen, både når det gjelder den tiden ambulansearbeiderne er i beredskap eller under transport, gir mulighet for samtaler hvor man diskuterer erfaringer. Det gjelder å gripe disse mulighetene. Undersøkelsene i prosjektet dreier om i hvilken grad ambulansearbeiderne deler kunnskap og om det ble brukt noen spesielle teknikker eller metoder som har overføringsverdi og kan brukes av andre ambulansetjenester og nødetater. Videre ble det undersøkt i hvilken kontekst dialogen foregikk. Like viktig i undersøkelsen var det å se etter hvilke barrierer som finnes. Både personlige og organisatoriske barrierer er viktige å identifisere slik at en kan gjøre noe med dem. Forhåpentligvis får prosjektet en kumulativ effekt med en kunnskapsbygging som kommer ambulansetjenesten til gode.

## 1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Den overordnede tematikken i prosjektet er læring i arbeid med fokus på hvordan kunnskapsdeling potensielt kan være en kilde til læring blant ambulansesarbeidere. Med bakgrunn i de rammer og begrensninger som har ligget til grunn har prosjektet følgende problemstilling.

*Hvordan kan kunnskapsdeling øke kompetansen hos ambulansesarbeidere?*

Det har vært et mål å avgrense prosjektet til ambulansefaget slik at problemstillingen kunne operasjonaliseres og besvares gjennom forskningsspørsmålene. Til problemstillingen er det utarbeidet følgende forskningsspørsmål.

- ✓ Hvilke organisatoriske og relasjonelle forhold har betydning for kunnskapsdeling på arbeidsplassen?
- ✓ Hvordan legge tilrette for kunnskapsdeling på arbeidsplassen?
- ✓ I hvilken grad har egne holdninger og sosiale faktorer betydning for kunnskapsdelingen?
- ✓ Hva har kunnskapsdelingen å si for kvaliteten på arbeidet?
- ✓ Hvordan kan man ved å sette fokus på kunnskapsdeling øke læringen og gi bedre personlig og organisasjonsmessig utvikling?

Problemstillingen har i arbeidet med prosjektet dannet utgangspunkt for metodevalget. Forskningsspørsmålene dannet grunnlag for observasjonene, spørreundersøkelsen og intervjuguiden. Prosjektets valg av teori er gjort på basis av forskningsspørsmålene, samt at de samme spørsmålene har lagt grunnlaget for strukturen i resultat og drøftingskapittelet.

## 1.2 Prosjektets struktur

I dette første kapitlet presenteres bakgrunnen for valg av tema og formålet med prosjektet. Problemstillingen begrunnes og følges opp med flere forskningsspørsmål for å utdype temaet. Til sist i dette kapitlet presenteres ambulansetjenesten i et erfarings- og utdanningsperspektiv.

I kapittel 2 presenteres hvilket paradigme det jobbes under i prosjektet med tilhørende teoretisk rammeverk samt lovgrunnlag for ambulansetjenesten. I det teoretiske rammeverket er det sosialkonstruktivistiske læringssynet sentralt. Jørgensen og Warring sin modell for læring i arbeid legger grunnlaget for håndteringen av empirien senere i prosjektet. Innledningsvis beskrives ambulansetjenestens organisering og ambulansfagets egenart.

Kapittel 3 beskriver forskningsdesignet hvor prosjektets metodiske valg presenteres å begrunnes samt at det redegjøres for forholdene rundt metodebruken. Videre gjennomgås forarbeidene, begrunnelse for valg av respondenter, utvikling av observasjonsskjema, spørreskjema og intervjuguide samt redegjørelse for hvordan datainnsamlingen er gjennomført. Kapitlet avsluttes med drøfting av prosjektets etiske problemstillinger.

Kapittel 4 inneholder forskningsresultatene med presentasjon og drøfting av data. I drøftingen er empirien kategorisert i to hovedområder. Hvilke organisatoriske og hvilke relasjonelle forhold som har betydning for kunnskapsdelingen. Kapitlet innledes med en presentasjon av undersøkelsene og respondentene og avsluttes med drøfting av hvordan prosjektet har gitt ny innsikt og forståelse i forhold til forforståelsen.

Avslutningsvis kommer kapittel 5 med konklusjon og behov for videre forskning

Helt til slutt kommer støttefunksjonene med litteraturliste, kilder og prosjektets vedlegg.

### 1.3 Ambulansetjenesten i et erfarings- og utdanningsperspektiv

#### Historikk og lovmessig grunnlag

Ambulansetjeneste er definert som *"Beredskap for eller transport i forbindelse med undersøkelse eller behandling av pasienter som på grunn av sykdom eller skade har behov for å bli transportert på bære eller som har behov for medisinsk behandling eller tilgang til medisinsk utstyr under transporten "* (St.meld. nr. 43:41). Ambulansetjeneste er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten (1999). Kravene til bemanning og helsefaglig kompetanse er beskrevet i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (HOD<sup>1</sup> 2005) hvor det heter at ambulanserbiler og båter skal være bemannet med minst to helsepersonell hvor minst en skal ha autorisasjon eller lisens som ambulansarbeider og ha kompetansebevis for fører av utrykningskjøretøy. Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus har høyere minstekrav til bemanning. I dag bemannes ambulansene med to autoriserte ambulansarbeidere med fagbrev hvor en i tillegg skal være utdannet paramedic (paramedicutdannelsen beskrives nedenfor). I tillegg skal begge ha sertifikat for føring av utrykningskjøretøy. Ofte bemannes ambulansene med to paramedic.

Årsaken til bemanningsstandarder ligger i forsvarlighetskravet som både Helsepersonelloven og Lov om spesialisthelsetjenesten pålegger organisasjonen og hver enkelt ambulansarbeider. Helsepersonellovens § 4 (1999) handler om forsvarlighet; *"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig"*. Det vil si at det pålegger hver enkelt ambulansarbeider å utøve forsvarlig helsehjelp, men samtidig også å kjenne sin egen begrensning og vite når man skal søke hjelp.

---

<sup>1</sup> Helse og omsorgsdepartementet

Ambulansetjenesten i Oslo er landets eldste og fikk sine første sykebiler i 1916. I Akershus kom det ambulanser nesten like tidlig som i Oslo, men de var privatdrevet av mange forskjellige aktører fram til Fylkestinget i 1974 vedtok at fylkeskommunen skulle overta driften av tjenesten. Årsaken til dette var at politikerne mente at ambulansetjeneste skulle være et enhetlig tilbud til pasientene. I 1997 ble den siste privatdrevne ambulansetjenesten i Akershus fylkeskommunal. Ambulansetjenestene i Oslo og Akershus ble slått sammen til en enhet 1. januar 2003 og lagt inn under Ullevål universitetssykehus som igjen 1. januar 2009, sammen med Aker sykehus, Radiumhospitalet og Rikshospitalet ble slått sammen til Oslo Universitetssykehus (OUS). Ambulanseavdelingen i prehospitalt senter ved OUS er Norges største ambulansetjeneste både når det gjelder antall ansatte og kjøregrunnlag. Pr 2011 kjørte ambulanseavdelingen 3 421 644 km fordelt på 127 496 oppdrag. Det vil si 349 oppdrag og 9374 km hvert døgn hele året igjennom.

## Utdanning

I tidligere år var mange ambulanser enmannsbetjente og bemannet av sjåførere med kompetanse i tråd med "NOU 1976:2-modellen"

### **Ambulansepersonellutdanningen i NOU 1976:2**

Anbefalingene til kompetansekrav til ambulanspersonell i NOU 1976:2 "Utdanning av ambulanspersonell" er faglig sett tredelte:

- En kjøreteknisk del med i alt 62 timer teori.
- En redningsteknisk del med i alt 62 timer teori.
- En medisinsk del som inkluderer en teoretisk del på 120 timer og tre ukers praktisk tjeneste ved mottagelsesavdeling/intensivavdeling, operasjons-/anestesiavdeling, og medisinsk/kirurgisk avdeling.

**Figur 1. Ambulansepersonellutdanningen i NOU-76:2**

Det fantes med andre ord ikke noe reelt akuttmedisinsk behandlingstilbud i disse ambulansene, og forskjellen var ikke særlig stor fra bårebiler og vanlige drosjer. I løpet av årene har imidlertid dette endret seg betraktelig på grunn av økte krav til helsepersonell generelt i samfunnet, samt de sentrale helsemyndigheters og fylkeskommunenes interesse for å forbedre kompetansen til ambulanspersonellet (NOU 1998:9). Fra de sentrale



helsemyndighetenes side ble hovedoppgaven til ambulansetjenesten tidligere ansett for å være transport av pasienter (NOU 1976:2). Framveksten av fagområdet prehospital akuttmedisin har endret ambulansefaget fra å være et transportyrke til et helsefag. Fra å være en tremåneders utdanning ble ambulansefaget i 1996 lagt under Lov om fagopplæring i arbeidslivet (1980) og inngår nå som et yrkesfag i den videregående skole under studieretning helse og sosialfag. VG2 Ambulansefag består av programfagene grunnleggende helsefag, ambulansemedisin og ambulanseoperative emner. Sammen med prosjekt til fordypning utgjør programfagene totalt 998 årstimer. I tillegg kommer fellesfagene med 342 timer (se figur 2). Timene i prosjekt til fordypning blir gjerne periodisert slik at elevene er 10 uker i praksis ved ulike institusjoner. For eksempel har elevene på ambulansefag ved Holtet videregående skole i Oslo følgende praksis; sykehjem 3 uker, hjemmesykepleie 2 uker, barnehage 2 uker og ambulansepraksis 3 uker.

Utdanningen består av to år i skole og to års læretid i bedrift som avsluttes med fagprøve. Ambulansefaget tilbys i dag ved 11 videregående skoler i landet.

Ambulansepersonellutdanningen ble altså først formalisert i Reform 94. I 1997 ble ambulansefag introdusert som yrkesfag i videregående skole og senere videreført i Kunnskapsløftet (2006). Samtidig ble det igangsatt overgangsordninger for at ambulansepersonell uten formalisert utdanning kunne få ta fagbrev som privatister etter § 20 i Opplæringsloven (1998). Ved bestått fagbrev får man tittelen ambulansearbeider.

<b>Timetall VG2 Ambulansefag</b>	
Grunnleggende helsefag	190t
Ambulansemedisin	266t
Ambulanseoperative emner	190t
Prosjekt til fordypning	342t
<u>Fellesfag</u>	<u>342t</u>
<b>Totalt årstimer</b>	<b>1330t</b>

**Figur 2. Timefordeling VG2 Ambulansefag**

Med Helsepersonelloven ble ambulansearbeidere for første gang i Norge klassifisert som helsepersonell og det ble innført autorisasjon for alt helsepersonell. På initiativ fra ambulansetjenesten i Oslo og Akershus ble det i 2003 i samarbeid med Høgskolen i Lillehammer startet et høyskolestudium (60 studiepoeng) i akuttmedisin som gir tittelen paramedic. Paramedicstudiet ble i 2009 utvidet til 90 studiepoeng. Det er denne

utdanningen som medisinsk ansvarlig lege i ambulansetjenesten legger til grunn for å gi ambulanserearbeidere lov til å utføre legedelegerte oppgaver. Tidligere hadde ambulansetjenesten i Oslo og Akershus en bedriftsintern utdanning som ga mulighet for delegering til å utføre avanserte medisinske prosedyrer. Når dette skrives foreligger en rammeavtale mellom Høyskolen i Oslo og Akershus og OUS om å starte en 3-årig bachelorutdanning i akuttmedisin, forhåpentligvis fra høsten 2013.

Paramedicstudiet ved Høyskolen i Lillehammer – 90 studiepoeng	
Emne 1: Kommunikasjon og etikk	10 stp
Emne 2: Helserett	10 stp
Emne 3A: Menneskets anatomi og fysiologi	5 stp
Emne 3B: Farmakologi	5 stp
Emne 4: Akuttmedisin 1	5 stp
Emne 5: Akuttmedisin 2	10 stp
Emne 6: Traumatologi	10 stp
Emne 7: Operativt ambulansarbeid	5 stp
Emne 8: Operativt ambulansarbeid	10 stp
Emne 9: Organisering og ledelse av operativt ambulansarbeid	10 stp
Emne 10: Veiledning og formidling	10 stp

**Figur 3. Paramedicstudiet ved Høyskolen i Lillehammer**

Det var et paradigmeskifte i ambulansetjenesten i 1997 med Reform 94 hvor man for første gang fikk en formalisert utdanning for ambulanserearbeidere i Norge og ambulansefaget gikk fra håndverk til academia. Det har medført at det i dagens ambulansetjeneste er to grupper ambulanserearbeidere med tanke på utdanning og erfaring. En fra den ”gamle” skolen (NOU 76 og tilsvarende) og den nye generasjonen ambulanserearbeidere med fagbrev og nå etter hvert høyskoleutdanning. Med få unntak har alle ambulanserearbeidere i Oslo Universitetssykehus tatt fagbrev. På landsbasis er det slik at det fremdeles er mange ambulanserearbeidere uten fagbrev. Den gamle skolen ambulanserearbeidere har veldig forskjellig bakgrunn. Veldig mange var håndverkere med grunnskoleutdanning før de begynte i ambulansetjenesten.

Det betyr at ambulanserearbeiderne med utdanning tilsvarende NOU-76 har ulike læreforutsetninger og er en mindre homogen gruppe enn de som er utdannet etter Reform 94. Det medfører at når man i dag skal drive kompetanseutvikling er det mange hensyn å ta med tanke på at arbeidstakerne har ulike læreforutsetninger. En annen konsekvens av at ambulansefaget ble lagt inn under helse- og sosialfagene i videregående skole, var at andelen kvinner økte drastisk. Fra å være et mannsdominert yrke ble plutselig over halvparten av

søkerne til ambulanselinjen kvinner. I 2011 var det 18 kvinner og 11 menn som ble tilbudt lærlingeplass i ambulansetjenesten i Oslo og Akershus.

Ambulansetjenesten er som helsevesenet generelt preget av faglig og teknologisk utvikling. I tillegg har det de siste årene vært et økende kjøregrunnlag hvor antall turer og kjørte kilometer har økt kraftig. Videre ser vi en utvikling som preges av større krav og mindre tillit fra brukere, samt økt oppmerksomhet fra media. Oppsummert kan en si at det stilles større krav til ambulanspersonell nå enn for få år tilbake. Et spørsmål blir om ambulanspersonellet er rustet til å møte disse økte kravene fra samfunnet. Videre vil det være naturlig å spørre seg om hvordan en skal sette ambulansarbeideren bedre i stand til å møte disse kravene. Grunntesen i dette prosjektet er om kunnskapsdeling kan være en faktor for bedre å sette ambulansarbeiderne i stand til å møte dagens og fremtidens utfordringer.

Denne innledende delen av oppgaven har gitt en oversikt over prosjektets grunnlag og forforståelse, samt problemstilling og forskningsspørsmål. Videre er det gitt en innføring i ambulansetjenestens historikk og lovmessig grunnlag. Til sist i kapittelet ble det redegjort for utdanningen av ambulansarbeidere. I neste del av prosjektet presenteres det teoretiske bakteppet.

## 2.0 Kunnskapsdeling i et yrkesteoretisk perspektiv

I denne delen presenteres prosjektets teoretiske grunnlag. Innledningsvis presenteres ambulansefaget før det redegjøres for problemstillingens sentrale begreper. Det følgende kapittel omhandler deretter læring i arbeidslivet som til slutt settes i sammenheng med læring i ambulansetjenesten.

Prosjektet heller mot et sosialkonstruktivistisk syn på læring og den valgte teorien kommer inn under dette paradigmet. I arbeidet med å kunne svare på problemstillingen er det lagt til grunn et teoretisk rammeverk med hovedvekt på sosiokulturell læringsteori fordi læring er knyttet opp mot den konteksten og de sosiale sammenhengene den foregår i. Videre legges det til grunn teorier om lærende organisasjoner fordi ambulansetjenesten er en organisasjon som er nødt til å være faglig oppdatert for å kunne yte maksimalt til brukerne av de tjenestene organisasjonen leverer. Dette gir rom for forståelsen av hvorfor kunnskapsdeling kan være en viktig faktor for å heve ambulansarbeidernes kompetanse.

Teori om voksne sin læring er også sentralt fordi prosjektet har læring i arbeid som tematikk og alle respondentene i dette prosjektet er voksne. Med Jørgensen og Warrings modell for læring på arbeidsplassen som utgangspunkt, er det satt fokus på relasjonelle og organisatoriske forhold som har betydning for kunnskapsdeling. For å kunne operasjonalisere det teoretiske bakteppet innledes kapittelet med en orientering om hvordan ambulansetjenesten organiseres og om ambulansefagets egenart. Kunnskap om faget er nødvendig for å kunne forstå de muligheter og begrensninger ambulanshverdagen gir for deling av erfaringer og kunnskap. Arbeidet art, med tanke på ulempene med turnusarbeid og det man opplever under oppdragene, medfører til tider store fysiske og fysiske belastninger som forsterker behovet for å samtale med kollegene.

## 2.1 Ambulansefaget

I 2011 er det i Norge totalt 514 ambulanser og 15 ambulansebåter og det er omtrent 4500 mennesker som jobber i ambulansetjenestene rundt om i landet. Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus er landets største og er som nevnt organisert i Prehospitalt senter i Oslo Universitetssykehus. Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus har 450 ansatte og 43 ambulanser fordelt på 15 stasjoner. 25 ambulanser er på vakt døgnet rundt og betjener omlag 1,5 millioner mennesker.

Ambulansetjenestens arbeidsoppgaver består i det daglige av to hovedområder, transport og beredskap.

Arbeidsdagen starter kvelden før man skal på jobb med tanke på § 21 i Vegtrafikkloven (1965) om pliktmessig avhold og § 22 om å være uthvilt og skikket til å føre et utrykningskjøretøy. Helsepersonelloven § 8 omhandler også pliktmessig avhold. På vei til jobben merker man seg vær og føre som får betydning for utførelsen av en sikker og hensiktsmessig håndtering av ambulanseoppdragene.

Fremme på jobben skifter ambulansearbeideren til en ren og hel uniform slik at man ser ordentlig ut og viser respekt for uniformen og de menneskene man skal møte i løpet av vekten. Hel og ren uniform ivaretar også hygien. På flere av ambulansestasjonene er det fire som går av vakt og seks som går på vakt slik at det er mange kolleger som møtes om morgenen ved vaktskiftet. Det er viktig å tenke på det sosiale miljøet samtidig som det er viktig å sette av tid til å snakke om eventuelle hendelser. Først og fremst med tanke på om utstyr og biler er i orden, men også med tanke på å få snakket om hendelser som kan oppleves ubehagelige og noen ganger drastiske. Videre overtar man vekten etter avtroppende mannskaper på den måten at man overtar og fordeler nøkler, samband og mobiltelefon, samt at man skriver navn og nummer inn i vaktjournalen og melder vaktlagene klare til akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK).

Relativt raskt etter vaktskiftet går vaktlaget ut i garasjen og sjekker bil og utstyr. Vegtrafikklovens § 23 pålegger føreren av utrykningskjøretøy å påse at kjøretøyet er i forskriftsmessig stand. Med informasjonen fra det avtroppende vaktlaget og med en visuell og fysisk gjennomgang av bilen kontrollerer man at ambulansen er i en slik stand at man kan godkjenne den til bruk under vakten. Videre vasker man bilen utvendig og innvendig i ambulansestasjonens vaskehall. Man sjekker også bilens medisinske utstyr etter fastlagte sjekklister, samt at man etterfyller forbruksmateriell og ambulansetepper.

Etter dette er det alltid oppgaver i forhold til ambulansestasjonens internkontroll som for eksempel kontrollere og bestille medikamenter, medisinsk utstyr og forbruksmateriell til ambulansestasjonen. Alle arbeidstakere på ambulansestasjonen har egne ansvarsområder og gjøremål.

## **Beredskap**

Ambulanshverdagen er uforutsigbar. En vet aldri når det skjer noe, bare at det skjer. Derfor er det å være i beredskap en viktig del av ambulansetjenestens oppgaver. Den tiden man er i beredskap er det viktig å restituere seg og klargjøre seg til nye oppdrag både fysisk og mentalt. Mental forberedelse kan være i form av egentrening på ulike prosedyrer og gjennomgang av arbeidsoppgaver ved hendelser. Det er viktig også å forberede seg til de vanlige og litt mer rutinepregede oppdragene slik at mental forberedelse blir en del av kulturen og slik kan man forebygge mot å bli handlingslammet ved større ulykker. Måten beredskapstiden blir brukt på varierer veldig. Beredskapstiden må nødvendigvis reduseres ved økt kjøregrunnlag.

Videre vil også fysisk forberedelse i form av å holde seg i fysisk form samt å tenke kosthold, hvile og søvn være en sentral del av beredskapsarbeidet. Det er vanskelig å gjennomføre regelmessig fysisk trening på ambulansestasjonen på grunn av kjøregrunnlaget. Turnusen på de ulike ambulansestasjonene er basert på kjøregrunnlaget og organisert i toskift, treskift eller døgnvakt.

## **Transport**

Man får melding om utrykning til pasient fra AMK. Oppdrag til nyoppståtte situasjoner kalles primæroppdrag og planlagte transporter kalles sekundæroppdrag.

Ambulansetjenesten opererer med tre ulike kjørekoder avhengig av hvor raskt pasientens tilstand krever innsats. Disse er beskrevet i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp (2009). Akuttoppdrag (rød respons) er utrykning til pasient hvor pasientens vitale funksjoner er truet. Hasteoppdrag (gul respons) hvor pasientens liv ikke er direkte truet, men at rask respons begrenser lidelse og risiko for forverring av pasientens tilstand. Vanlige oppdrag (grønn respons) er alle de andre utrykningene, både primæroppdrag og sekundæroppdrag. Vanlig-opppdragene skal allikevel utføres så raskt som mulig og uten unødig tidsbruk. I tillegg til oppdrag med pasient utføres det også beredskapsoppdrag hvor man enten står i beredskap for politiet ved skarpe oppdrag, for brannvesenet ved deres ulike oppdrag og i tilfeller hvor et område blir tomt for ambulanseressurser vil en måtte rykke ut til det området for å opprettholde akuttberedskapen.

Det er viktig å poengtere at utrykningskjøring med blålys og sirener medfører betydelig risiko både for ambulansearbeiderne, pasient, pårørende og medtrafikanter.

Arbeidsoppgaver under transport kan deles inn i føring av utrykningskjøretøyet og tiltak i forhold til pasienten.

### **Føring av utrykningskjøretøy**

Først og fremst er det viktig å føre ambulansen trygt og sikkert gjennom hele oppdraget. Det vil si kjøring fra ambulansestasjonen ut til pasient, med pasient (og eventuelt pårørende) inn til behandlingsinstitusjonen og tilbake til ambulansestasjonen. Føreren av utrykningskjøretøyet må ivareta sikkerhet for pasienten, pårørende og kolleger. Videre må det tas hensyn til det trafikale bildet, andre trafikanter og vær og føre. Det er også mye mørkekjøring som kan være svært krevende. Videre må føreren av utrykningskjøretøyet håndtere uforutsette og uforutsigbare situasjoner underveis. Førere av utrykningskjøretøy har et spesielt ansvar i forhold til § 3 i Vegtrafikkloven og det er kravet til aktsomhet. Fordi man under utrykningskjøring fraviker den øvrige trafikk påhviler det et økt krav til aktsomhet. Ambulansearbeidere har et eget sertifikat for utrykningskjøring.

## **Pasienttiltak**

Pasienttiltak kan i hovedsak deles inn i tiltak i forhold til egensikkerhet og pasientsikkerhet, medisinske behandlingstiltak, hygienetiltak og omsorgs- og pleietiltak. Pasienten observeres under hele transporten og det føres dokumentasjon i ambulansetransportjournal i henhold til Helsepersonelloven § 39 og § 40. Når man nærmer seg sykehuset meldes pasienten til akuttmottaket for å sikre at sykehuset er forberedt og at pasienten får et mottak som er kvalifisert i forhold til tilstanden. Med en kritisk syk eller skadet pasient kan det være hektisk å ivareta disse oppgavene alene bak i ambulansen under transporten inn til sykehuset.

## **Avlevering og rapport**

Fremme på sykehuset leveres pasienten til mottakende avdeling som vanligvis er akuttmottaket. Pasienten overføres til en seng og det gis utfyllende rapport samtidig som det leveres en kopi av ambulansetransportjournalen. Det er særdeles viktig at denne er korrekt utfylt fordi transportjournalen er med på å kvalitetssikre gjennomgående pasienthåndtering i hele behandlingsforløpet.

## **Arbeidsoppgaver etter transport**

Etter at pasienten er levert i akuttmottaket på sykehuset skal bilen og mannskapet klargjøres for nye oppdrag. Bilen må ofte vaskes utvendig og innvendig, samt at det må etterfylles drivstoff. Det utstyret som ikke er engangs må vaskes eller byttes ut og det må etterfylles utstyr og medikamenter. Videre er personlig hygiene i form av håndvask viktig og uniformen må være ren og hel. Ambulansetransportjournalen skal arkiveres og man melder seg ledig til AMK. Noen ganger er det greit å få i seg litt mat, med tanke på at en ikke vet hvor lenge det er til eller hva som møter deg på neste oppdrag. Ved noen hendelser er det også nødvendig å iverksette emosjonelle tiltak i form av debriefing eller defusing<sup>2</sup>. Dette er det utarbeidet en egen instruks for.

---

<sup>2</sup> Debrief og defusing er støttesamtaler for personell som har behov for det etter spesielle hendelser.



Ambulansearbeidere har et stort ansvar og et meget stort spenn i arbeidsoppgavene sine. De jobber med mennesker i alle aldersgrupper og ser alle fasetter av livet. I det ene øyeblikket skal man ta i mot et barn, i det neste er det kanskje en trafikkulykke og så i verste fall rett på en hjertestans. Dette krever stor omstillingsevne.

Ambulansearbeidere er på sykehjem og henter eldre mennesker og de er i hjemmet og håndterer et barn med feberkramper. Videre henter de pasienter på sykehus, i omsorgsboliger, legekantor, legevakt, på skoler, på kjøpesentra, ute i skogen, på idrettsplasser og ambulansetjenesten har også en båt i Oslofjorden som drives sammen med brannvesenet. I tillegg samarbeides det ofte med luftambulanse, politi, brannvesen og frivillige organisasjoner. Dette innebærer at ambulansearbeidere forholder seg til og samarbeider med mange ulike yrkesgrupper.

Som det fremkommer har ambulansearbeidere meget varierte arbeidsoppgaver. Arbeidsdagen er uforutsigbar og krever at man jobber godt sammen i team hvor kunnskapsdeling kan være en viktig del av kommunikasjonen og samhandlingen mellom ambulansearbeiderne for å kunne løse arbeidsoppgavene til pasientens og samfunnets beste.

## 2.2 Prosjektets sentrale begreper

I Kompetansereformen heter det: *”Den livslange kompetansebyggingen kan ikke lenger overlates til tilfeldighetene. Utviklingen har nådd et stadium der den livslange læringen må gjennomtenkes, systematiseres og integreres i måten å planlegge og å organisere hele landets opplæringsvirksomhet på”* (St.meld.nr.42:22).

Med livsvid læring derimot menes alle former for læring, gjennom hele livet, innenfor og utenfor utdanningssystemet. EU-kommisjonen definerer livsvid læring slik *”All learning activity undertaken throughout life, with the aim of improving knowledge, skills and competence, within a personal, civic, social and/or employment-related perspective”*<sup>3</sup>.

Oversatt til norsk blir det at kunnskap er noe man tilegner seg hele livet. Man lærer i alle situasjoner som oppstår, og spesielt når individet selv ser behovet for utvikling av ferdigheter og kunnskaper. Man lærer i alle sammenhenger, både bevisst og ubevisst. Ikke bare på skoler og i utdanningsinstitusjoner, men også i arbeidslivet og fritiden. Det betyr at begrepet livsvid læring er et bredere begrep enn livslang læring. Dette for å understreke at det ikke bare er tale om et tidsperspektiv (livslang) men også et breddeperspektiv (livsvid). Begrepet er en direkte oversettelse av det engelske *”lifewide learning”* som første gang dukket opp i EU-kommisjonens memorandum om livslang læring fra 2001. Her defineres livsvid læring til å omfatte formell læring, ikke-formell læring og uformell læring.

Livsvid læring uttrykker en helhetlig læringsforståelse som fokuserer på den lærendes læreprosesser snarere enn instruksjon, undervisning og utdanning. Man ser ut over utdannelsessystemets egne rammer og det settes fokus på det å tilegne seg viten og den følelsesmessige, sosiale og kulturelle utvikling. Spesielt i forbindelse med arbeidsplassopplæring drar man inn også organisatoriske betingelser og muligheter for å forstå læringsprosessene (St. meld. nr. 30). Dette aspektet er i samsvarer med prosjektets problemstilling og gjenspeiles i forskningsspørsmålene.

---

<sup>3</sup> EU-kommisjonens memorandum om livslang læring (2001), *“Making a European Area of Lifelong Learning a Reality”*.

## Læring

Læringsteorier kan deles inn i tre hovedgrupper. Det er kognitive, adferds baserte og erfaringsbaserte læringsteorier. Det overordnede teoretiske perspektivet i dette prosjektet er fundamentert i den sosiokulturelle læringsteorien med vekt på den erfaringsbaserte og konstruktivistiske delen av det teoretiske landskapet. Konstruktivistene mener at mennesker konstruerer kunnskap ut i fra de erfaringene de gjør seg. Det betyr at mennesket må være aktiv i læringsprosessen. Piaget hevder at man først lærer noe selv før man lærer sammen med andre. Det vil si at læringen går fra det individuelle til det sosiale. Piaget mente videre at mennesker gjennomgår en kognitiv utvikling gjennom flere stadier, som ender i en abstrakt og logisk forståelse av verden. Mennesker skaper kunnskap gjennom assimilasjon, hvor man plasserer kunnskap inn i de mønstrene man allerede har, og akkomodasjon hvor man tilpasser mønstrene til informasjon som er i konflikt med dem (Imsen 2008).

Vygotsky derimot hevder i sine teorier at enhver kulturell utvikling først oppstår på et sosialt nivå og senere på et individuelt nivå. Det vil si at utviklingen først foregår i interaksjonen mellom mennesker, deretter internt i individet. Vygotsky sin tenkning omkring sosiale prosesser og internalisering aktualiseres av nyere læringsteori som fremhever at det ikke lar seg gjøre å trekke et klart skille mellom hva enkeltpersoner lærer og hvordan de benytter det de lærer i ulike samarbeidskonstellasjoner med andre (Illeris 2006).

Relatert til dette prosjektet vil konstruktivisme handle om hvordan ambulansesarbeidere bygger opp sin egen kunnskap gjennom deling av kunnskap og erfaringer med kolleger. Hvordan dette skjer knyttes til sosial konstruktivisme hvor oppbygging av kunnskap skjer i samspillet med kolleger og veldig ofte lærlingene i ambulansetjenesten. En av prosjektets målsettinger er at ambulansesarbeiderne skal bli mer aktive med tanke på å dele kunnskap og erfaringer slik at de får mulighet til å øke sin akuttmedisinske kompetanse.

I sosial konstruktivistisk tankegang sees læring og kunnskap i en større sammenheng hvor kultur, språk og fellesskapet er sentrale faktorer. John Dewey betraktet individets egne erfaringer som utgangspunkt for all læring og han mente at dette forutsatte deltakelse. Sentralt i dette læringssynet står problemløsningsmetoden, eller undersøkelse som Dewey kalte den. Undersøkelsesprosessen starter gjerne med at en opplever et problem som lokaliseres og defineres. Videre blir det på grunnlag av dette utviklet hypoteser og løsningsforslag, og ut i fra en vurdering av mulige konsekvenser operasjonaliseres og observeres det valgte alternativet, for så å bli akseptert eller forkastet. Problemorientert læring og aktivitet er altså ikke tilstrekkelig for å fremme erfaringslæring i arbeidslivet fordi deltakelse forblir verdiløst uten et reflekterende element (Imsen 2008).

For at ambulansesarbeiderne skal få mulighet til å lære av sine erfaringer i det daglige arbeidet, må de få handlingsrom som tillater refleksjon over egne og andres erfaringer. Dewey kalte denne måten å lære på "*learn to know by doing and do by knowing*" og den er veldig lik ambulansesarbeidernes praktiske hverdag hvor problemløsning er den sentral del av arbeidet.

Man kan si at det finnes to former for læring som foregår i samspill mellom mennesker, Den ene er læring som foregår i sosiale sammenhenger via kommunikasjon og interaksjon med andre. Den andre typen er personlig læring som foregår i det kognitive apparatet til enkeltindividet.

Knut Illeris sier følgende om læring.

*"Læring opfattes grunnleggende som en integreret proces der omfatter to sammenhengende delprocesser som gensidigt påvirker hinanden: For det første samspilsprocessen mellem individet og dets omgivelser i et samspil der kan foregå ved en direkte kontakt eller være formidlet gennem forskellige medier. For det andet den indre psykiske tilegnelses- og forarbejdningsproces som fører frem til et læringsresultat" (Illeris 2006:17).*

Det er bred enighet om at læring skjer hele livet igjennom og i de fleste sammenhenger vi inngår i, og at læring er en grunnleggende forutsetning for vår utvikling og vekst som menneske. Læring er en omfattende prosess, som kan ses i flere dimensjoner og som gjelder alle utviklings- og erfaringsområder. Det er vanlig å dele læringen inn i formell og uformell læring. Formell læring skjer oftest i form av utdanning i ulike organisasjoner i utdanningssystemet og i arbeidslivet. Mitt syn på læring samsvarer med Illeris sin operasjonalisering av læringsbegrepet.

Uformell læring skjer i form av erfaring fra praksis og faglige diskusjoner og evaluering av ens eget arbeid sammen med kolleger eller med andre samarbeidspartnere. Deltagelse i utviklingsarbeid, prosjekter, hospitering, kollegabasert veiledning, studieturer, utveksling og nettverksbygging er andre eksempler på uformell læring. Det er sammenheng mellom læring og kompetanse. Begge er knyttet til handling og samhandling i ulike fellesskap, samtidig som de både er individuelle og kollektive. Læringen avhenger ikke bare av hvilke kunnskaper, ferdigheter og holdninger den enkelte har, men av hvor læringsstøttende omgivelsene er, i form av økonomiske og fysiske ressurser. Læring avhenger også av en rekke sosiale faktorer. (Dysthe 2001, Säljö 2002, Illeris 2006).

*"Å lære er å være i en kontinuerlig prosess hvor man stadig får økt innsikt om seg selv og den virkeligheten man lever i" (ibid).*

Begrepene i prosjektet presenteres atskilt men det er viktig å påpeke at dette kun er et analytisk skille. I virkeligheten griper de over i hverandre og det er vanskelig å lage tette skott på grunn av sammenheng mellom begrepene.

## **Kunnskap**

Det er ikke lett å lage en eksakt definisjon av begrepet kunnskap. I pedagogisk ordbok defineres kunnskap på følgende måte;

*"Den mengde informasjon og viten en person, gruppe, institusjon eller kultur rår over. Denne kunnskapen kan ha blitt ervervet gjennom dagliglivets erfaringer, forskning og gjennom studier av litterære eller andre kilder. Den delen av kunnskapen som ikke kan beskrives eller forklares gjennom instruksjoner kalles ofte praksiskunnskap, taus kunnskap eller kompetanse." (Bø og Helle 2002:138).*

Kunnskap ses ofte i sammenheng med viten, ferdigheter og holdninger, hvor kunnskap er en bevisst forståelse av noe, som man kan bruke i en bestemt hensikt. Kunnskap er informasjon kombinert med fortolkning, refleksjon, erfaring og kontekst. I organisasjonssammenheng kan kunnskap kan ses på som en fornybar ressurs fordi i en organisasjon vil kunnskap være noe felles og som kan bli delt, manipulert og behandlet på ulike måter av arbeidstakerne (Wenger 2004, Illeris 2006).

De japanske kunnskapsforskerne Nonaka og Takeuchi betrakter kunnskap som det et menneske vet. Dette innebærer at kunnskap er en dynamisk og pågående prosess i hjernen til hvert enkelt individ. De beskriver kunnskap som;

*”Knowledge is created through a continuous and dynamic interaction between tacit and explicit knowledge. This interaction is shaped through the SECI process, that is, through the shifts from one mode of knowledge conversion to the next: Socialization, externalization, combination, and internalization.” (Nonaka og Takeuchi 2001:497).*

Som det fremkommer skiller Nonaka og Takeuchi mellom to dimensjoner ved kunnskap; den implisitte (tacit<sup>4</sup>) og den eksplisitte. I litteraturen brukes også taus kunnskap om implisitt kunnskap.

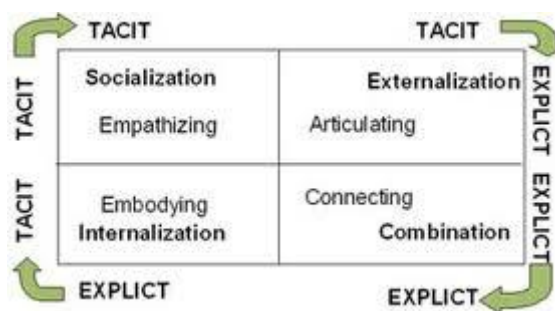
Implisitt (taus) kunnskap er kunnskap som ikke kan artikuleres eller kommuniseres. Implisitt kunnskap kan læres bort gjennom observasjon, imitasjon og praksis og inkluderer et individs mentale modeller av verden og samt individets tekniske ferdigheter. Implisitt kunnskap er på den ene siden knyttet til kognitive elementer (mentale modeller slik som skjema, paradigmer, perspektiver, tro, synspunkter), og på den andre siden tekniske elementer (håndverk, ferdigheter). Taus kunnskap kalles også erfaringsbasert kunnskap eller den viten man får i forbindelse med utøvelsen av faget eller yrket. Denne kunnskapen kan ofte ikke forklares med ord og vil derfor vanskelig kunne formuleres i prosedyrer eller retningslinjer selv om den er en sentral del av yrkesutøvelsen. Et eksempel er det man kaller det ”kliniske blikket” hvor den erfarne ambulansarbeideren kun ved å se pasienten raskt kan avgjøre om pasienten kritisk syk eller skadet.

---

<sup>4</sup> Tacit knowledge er oversatt til implisitt kunnskap.

Eksplisitt kunnskap er følgelig kunnskap som kan artikuleres og kommuniseres. Eksplitt kunnskap kan kommuniseres både gjennom muntlig tale og som informasjon som er nedtegnet eller fanget opp i et medium. Eksempler kan være lydbånd som lagrer tale og bøker som lagrer nedtegnet skrift. Eksplisitt kunnskap er kunnskap som lar seg dokumentere eller manifestere på annen måte (Nonaka 2009).

Den eksplisitte kunnskap representerer en «plattform» eller et sett med forutsetninger for å gi rom for læring og kunnskapsdeling i organisasjonen. Nøkkelen til kunnskapsutvikling ligger i mobilisering og konvertering av implisitt til eksplisitt kunnskap. Læring og deling av erfaringer er forankret i overbevisningen om at menneskelig kunnskap utvikles og utvides gjennom sosial interaksjon mellom mennesker og det er i denne interaksjonen jeg mener at kunnskapsdelingen foregår. Det er sentralt og ikke å se på implisitt og eksplisitt kunnskap som to uadskilte dimensjoner. Implisitt kunnskap kan bli eksplisitt kunnskap, og eksplisitt kunnskap kan bli implisitt kunnskap. Nonaka og Tacheuchi identifiserer fire forskjellige typer kunnskapsforvandling: Sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering (2001). Dette forholdet illustreres i figur 4.



**Figur 4. Implisitt og eksplisitt kunnskap. Fra Nonaka og Takeuchi (2001)**

Sosialisering: Fra implisitt til implisitt kunnskap

Siden implisitt kunnskap ikke bare læres bort direkte ved bruk av språk, må deling av implisitt kunnskap skje på annet vis. Sosialisering er når individene i en organisasjon lærer av hverandres tause kunnskap ved å gjøre og dele erfaringer sammen.

Ambulansetjenestens lærlingeordning er et eksempel på sosialisering. Lærlingene arbeider sammen med erfarne kolleger og lærer faget gjennom observasjon, imitasjon, og praksis.

### Eksternalisering: Fra implisitt til eksplisitt kunnskap

Eksternalisering er å omdanne implisitt kunnskap til eksplisitt kunnskap. Det kan være å skrive ned erfaringer på dokumenter og gjøre dem tilgjengelig i en database, eller å la erfarne ansatte forteller historier til nye ansatte. Eksplisitt kunnskap fanger aldri opp alle aspektene ved den implisitte kunnskapen. Den eksplisitte kunnskapen er et artikulert bilde på den implisitte, og dette bildet kan inneholde mange og store hull. Slike hull er ikke nødvendigvis bare til hinder for kunnskapsutvikling. De kan også være med på å fremprovosere refleksjon i individene, både hos den som formidler den eksplisitte kunnskapen og hos den som mottar den. Nonaka sier at eksternalisering er nøkkelen til kunnskapsutvikling fordi eksternalisering skaper nye eksplisitte konsepter fra implisitt kunnskap.

### Kombinering: Fra eksplisitt til eksplisitt kunnskap

Kombinasjon er å kombinere forskjellige deler eksplisitt kunnskap til ny eksplisitt kunnskap. Det kan være å trekke ut det beste og sette sammen kunnskap og erfaringer man allerede besitter som for eksempel ved revisjon av interne prosedyrer på ambulansestasjonen eller ved utvikling av lokale akuttmedisinske prosedyrer.

### Internalisering: Fra eksplisitt til implisitt kunnskap

Internalisering er å gjøre eksplisitt kunnskap til implisitt kunnskap, og det betyr at man gjør praktisk bruk av den eksplisitte kunnskapen. Det er dette John Dewey kalte "*learning by doing*". Et eksempel på internalisering er når man følger instruksene eller prosedyrer på en arbeidsplass. Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus har i samarbeid med flere ambulansetjenester rundt om i landet utviklet et prosedyreverk samlet i en Medisinsk og Operativ Manual (2007)<sup>5</sup>. Denne manualen er eksternaliseringen av den implisitte kunnskapen fra medisinsk ansvarlig lege til de ambulansearbeiderne som har medisinsk delegert myndighet.

---

<sup>5</sup> Medisinsk Operativ Manual forkortes MOM



## Kunnskapsdeling

Kunnskapsdeling dreier seg mye om læring, men også om personlig utvikling, sosialisering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Kunnskapsdeling er en dynamisk prosess hvor interaksjonen mellom mennesker står sentralt. For å skape gode situasjoner for kunnskapsdeling må konteksten være dynamisk, relasjonell og knyttet til menneskelig aktivitet. Relasjonen mellom arbeidstakerne blir viktig for kunnskapsdelingen. Den danske filosofen Knud Løgstrup bruker begrepet omsorg om relasjoner som baseres på gjensidighet og forståelse. Videre sier Løgstrup at det ligger en etisk fordring i denne relasjonen fordi en alltid holder noe av kollegenes liv i sine hender som er med på å påvirke de andre personene sine liv (1995). Det vil si at i et praksisfelleskap slik som i ambulansetjenesten vil læring og kunnskapsdeling også påvirke deltakernes tanker og følelser.

Som tidligere nevnt kan læring sies å være et naturlig og nødvendig aspekt av all menneskelig virksomhet. Mennesker har alltid lært og delt kunnskaper med hverandre. Hele vårt samvær bygger på dette. Det betyr at all menneskelig aktivitet har et element av læring i seg.

*”The very process of living together educates” (John Dewey 1916).*

Lev Vygotsky var opptatt av at læring skjer i og gjennom interaksjon mellom individer, og at man må se på individet i en historisk og kulturell sammenheng for å forstå handlinger, atferd og kompetanse. Vygotsky hevder at kommunikasjon (i denne sammenhengen som sosialt samspill) med andre mennesker kommer først, deretter overtar språket og tenkningen. I et læringsforhold vektlegges dialogen, og språket blir dermed et uunnngåelig vilkår for læring og tenkning. Vygotsky er særlig kjent for begrepet *”Den proksimale utviklingszone”* hvor forskjeller i individers kunnskaper og forutsetninger er grunnlag for bevegelse i utviklingssonen og der den mer erfarne og kompetente veileder den mindre kompetente (Illeris 2004a). Implisitt i veiledningen ligger kunnskapsdeling mellom aktørene.

Lave og Wenger er kjent for sine teorier om situert læring og læring i praksisfellesskap. De mener at praksis forekommer i all form for aktivitet. I hverdagslige situasjoner og i møte med ulike atferdsformer, utvikles ferdigheter som kan være vesentlige for bestemte prestasjoner. Et sentralt perspektiv innenfor teorien om situert læring, er vektleggingen av den bredt anlagte forståelsen av læring hvor samspillet mellom aktør, virksomhet og verden gjensidig konstituerer hverandre. Lave og Wenger bruker uttrykket "*legitim perifer deltakelse*" om godtatt eller akseptert deltakelse, for eksempel som nybegynner i en sosial praksis med læring som en integrerende bestanddel. Skiftende plasseringer og perspektiver, samt deltakelse i fellesskapet, er en del av aktørens læring og utvikling (2001). Slik jeg ser det, vil den læring som her finner sted i stor grad handle om kunnskapsdeling.

Dalin hevder at kunnskapsdeling og erfaring vil være grunnleggende for å oppnå suksess der menneskelige relasjoner står sentralt. Læring og kunnskapsdeling påvirkes av menneskelige forhold. Dette gjelder også inkludert læring i praksisfellesskap (2004). Wadel påpeker at aktelsesforhold, tillitsforhold, følelsesforhold og motivasjon de viktigste menneskelige forhold som er en forutsetning for å lære. Trygghet i relasjonen mellom kollegaer er sentralt for kunnskapsdelingen (2008). Mitt syn på kunnskapsdeling samsvarer med Dalin og Wadel sitt syn på kunnskapsdeling. Jeg mener at den personlige kjemien mellom mennesker er en avgjørende forutsetning for å få til det gode samspillet mellom kollegene slik at kunnskapsdeling kan foregå.

Kunnskapsdeling kan foregå i mindre organiserte og mer uformelle former. Eksempler på dette kan være "kaffebordspraten", sidemannsopplæring, seminar, jobbtrotasjon, lesing og refleksjon over egen praksis. Denne formen for læring på arbeidsplassen kan være vel så utviklende som eksterne kurs. Læring og kunnskapsdeling foregår i relasjoner med kolleger, gjennom observasjon og gjennom praktisering i samspill med kolleger (Illeris 2006). Det handler i stor grad om å tilrettelegge for gode læringsarenaer i organisasjonen, og å utvikle en intern kultur der kunnskapsutvikling betraktes som et felles ansvar. Dette er dels et lederansvar, dels ansvaret til den enkelte medarbeider. Kunnskapsdeling forutsetter imidlertid en viss tilgang til kollegaer. I ambulansetjenesten vil tilgangen på kolleger variere i takt med størrelsen på ambulansestasjonene. Hver ambulansestasjon har en unik konstellasjon av menneskelige og materielle ressurser og det gjelder å ivareta, vedlikeholde og bruke disse ressursene.

## Kompetanse

Kunnskapssamfunnet stiller store krav til kompetanse. I vår kultur omhandler det også den menneskelige kompetansen. Pierre Bourdieu (1997) ser på den menneskelige kompetanse som en kulturell kapital og hevder at dersom vi investerer i de riktige kompetansene kan menneskelig kompetanse gi store avkastninger. Kompetanse er et sammensatt begrep og det er uenighet til i forhold til hvilke komponenter som utgjør og hvilke komponenter som bør utgjøre begrepets innhold. Kompetanse kan defineres som noe som ikke bare innebærer det å besitte kunnskap eller å besitte en ferdighet, men også å kunne reflektere over ens kunnskaper og ferdigheter. Aspektet med refleksjon over eget arbeid kan vi spore tilbake til Lev Vygotsky (bevissthet gjennom å persipere egne tanker) og John Dewey (bevissthet gjennom å reflektere over sammenhengen mellom det vi tenker og det vi gjør).

Kompetanse er forstått som hva man gjør og får til i møte med utfordringene. Denne definisjonen har støtte i OECDs prosjekt DeSeCo (Definition and Selection of Competencies), som beskriver kompetanse som *”evnen til å mestre en kompleks utfordring eller utføre en kompleks aktivitet eller oppgave”*. Denne funksjonelle definisjonen knytter kompetanse til det å kunne mestre utfordringer på konkrete områder innenfor utdanning, yrke, samfunnsliv eller på det personlige plan (St.mld. 30:14). Kompetanse er noe som utvikles og modnes gjennom hele livet.

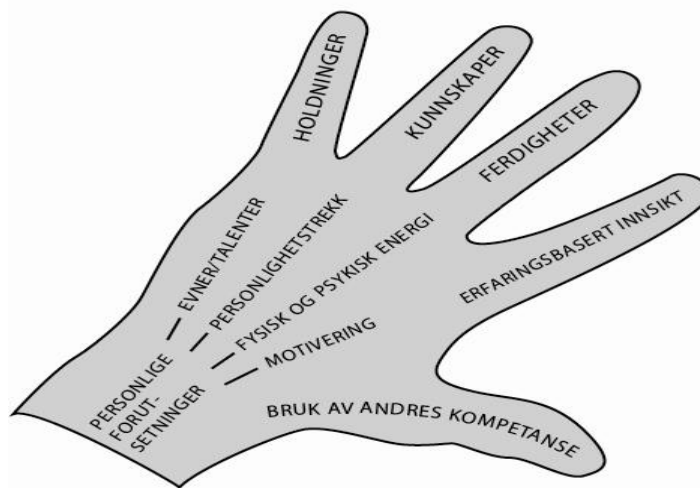
Kompetanse hos individer er kunnskaper, ferdigheter og evner som kan bidra til å løse problemer og/eller utføre arbeidsoppgaver. Man skiller gjerne mellom realkompetanse og formell kompetanse. Begrepet kompetanse på generell basis kan brukes som betegnelse på produktive og skapende evner hos de enkelte individer og i organisasjoner. Videre heter det at den kompetanse som det enkelte individ innehar vil påvirke produktiviteten i en arbeidssituasjon (NOU 1997:25). Det betyr at når man har behov for ambulanse er man på en måte utlevert til de ambulansearbeiderne som er på jobb den dagen og deres personlige kompetanse.

Kompetanse er mer enn teoretisk kunnskap. Det omfatter også evnen til å utøve yrket på en hensiktsmessig og forsvarlig måte. Derfor bør kompetanseutvikling være et satsningsområde i organisasjonen hvis man skal utvikle medarbeidernes kompetanse. Kompetansebehov i den enkelte organisasjon skapes og forandres fordi oppgaver, organisasjonsformer, arbeidsformer, normer for samhandling og den enkeltes opplevelse av arbeidet og de menneskelige relasjoner forandrer seg (Dalin 2004, Tøsse 2005, Illeris 2006).

*”Når vi gjør bruk av kompetanse i praksis bruker vi vår realkompetanse. Et samspill mellompersonlige forutsetninger, kunnskaper, ferdigheter, holdninger, innsikt og bruk av andres kompetanse som kommer til uttrykk gjennom vårt arbeid”*  
(Dalin, 2004:26).

Dalin knytter kompetansebegrepet til utførelse av handlinger. Det er ikke nok å ha eksplisitte kunnskaper om et bestemt område. Man må gjøre bruk av både kunnskaper og ferdigheter i konkrete situasjoner. Det betyr at man må øve seg i praksis der kunnskap og ferdigheter integreres gjennom handling i konkrete situasjoner slik at kompetansen økes. Betydningen av å inneha kompetanse på et område vil si at man kan handle på en fleksibel og målrettet måte og i tillegg tilpasse sine handlinger ut fra de krav den enkelte situasjon krever (2004).

Min operasjonalisering av kompetansebegrepet samsvarer med Dalin sitt syn på kompetanse. Hvert enkelt individs kompetanse må ses i sammenheng med den personlige kompetansen hvor kunnskap, ferdigheter og holdninger ligger implisitt. Å tilegne seg og å utvikle kompetanse er en livslang læreprosess hvor man gjennom sin praksis i yrkeslivet i interaksjon med kolleger øker og styrker sin personlige kompetanse gjennom de erfaringene man gjør og refleksjon over disse. Både individuelle erfaringer, men også refleksjon over de erfaringer man gjør sammen med kollegene i et praksisfellesskap. Man utvikler også en kompetanse for å dele kunnskap.



**Figur 5. Dalins realkompetansebegrep (2004)**

I figur 5 viser Dalin samspillet mellom de ulike elementene i kompetansebegrepet med en hånd hvor hver finger uttrykker et element i kompetansen. Ressursene som styrer hånden (kompetansen) er evner/talenter, personlighetstrekk, fysisk og psykisk energi og motivasjon. Hånden illustrerer hvordan personlige forutsetninger og de ulike kompetanseelementene samspiller. Ressursene som skal styre kompetansen er i følge Dalin er personlige som motivasjon og energi og organisasjonsmessige som ledelse og arbeidsmiljøet.

Min forståelse av kompetansebegrepet er at alle i utgangspunktet ønsker å bruke sine ulike kompetanser på en positiv måte for å kunne gjøre en god jobb. Det betyr at man har evnen i en gitt situasjon å kunne skape en tilstand hvor teoretiske og praktiske ferdigheter og erfaringer integreres og får sitt uttrykk gjennom intellektuelt arbeid og praktisk handling. Som ambulansarbeider og yrkesutøver av ambulansefaget må man kunne handle på en fleksibel måte og tilpasse sine handlinger ut fra det den enkelte situasjon krever. Dette krever at man innehar ulike kompetanser og følgelig at man kan bruke de kompetansene man har.

Videre mener jeg at hver enkelt arbeidstaker har sin unike beholdning av kompetanse med de styrker og svakheter det medfører. Det gir ulike utviklingsmuligheter for den enkelte. Noen er praktikere mens andre er teoretikere og noen har kanskje spesielt gode sosiale evner. Noen har ”alt” mens noen ikke er så godt utrustet på noen av områdene. Uansett utgjør de sammen organisasjonens totale kompetanse og et sentralt spørsmål blir om organisasjonen tilrettelegger slik at den enkelte får bruke sin unike kompetanse.

Neste kapittel handler om læring i arbeid.

## 2.3 Læring i arbeidslivet

I et sosiokulturelt syn på læring og utvikling er kommunikative prosesser helt sentrale. Det er gjennom kommunikasjon sosiokulturelle ressurser blir skapt og det er gjennom kommunikasjon de blir ført videre. Det er gjennom språket vi deler erfaringene våre. Ord og språklige utsagn medierer omverdenen for oss og gjør at den fremstår som meningsfull. Ved hjelp av funksjonelle måter å beskrive omverdenen på kan vi samspille med våre medmennesker i ulike aktiviteter (Säljö 2002:85). Videre er skriftspråket sannsynligvis den mest omveltende forandringen i vår måte å utvikle og reprodusere kunnskaper, innsikter og ferdigheter på. Både intrapsykologiske (tenkning) og interpsykologiske funksjoner (kommunikasjon) er blitt omskapt gjennom bruken av skriftspråket. I parentes er det fornøylig å kunne påpeke at Platon (427-347 f.kr) som er en av tidenes største tenkere, var motstander av skrift. Han beklaget seg over ungdommen som ikke lærte seg tekster utenat, men jukset ved å lese dem. Han mente at hjernens muskler ganske sikkert ville krympe når de ikke fikk mental gymnastikk.

Olga Dysthe beskriver også læring i et sosiokulturelt perspektiv. Hun hevder at læring, forstått gjennom sosiokulturell læringsteori, er nært knyttet til praksisfellesskap og personers evne til å delta i disse. Dysthe har organisert fremstillingen av et sosiokulturelt syn på læring i sentrale aspekter. Læring er grunnleggende sosialt, situert, distribuert og mediert. Med distribuert menes kunnskap som utveksles mellom deltakere med ulike ferdigheter og med mediert menes formidling hvor språket er det viktigste medieringsredskap. I tillegg er språket sentralt i læringsprosesser hvor læring innebærer deltakelse i læringsfellesskap (2001). Kunnskapsdeling handler om å lære sammen med andre og god samhandling og kommunikasjon mellom ansatte er en forutsetning for å lykkes med læring i arbeidslivet.

Etienne Wengers læringsteori om praksisfellesskap beskriver praksisfellesskap som grupper av mennesker som deler et felles engasjement for noe de arbeider med. Slik lærer de av hverandre hvordan de stadig kan gjøre det bedre fordi de samhandler regelmessig.

Wenger sier at et praksisfellesskap har 3 viktige elementer:

1. Domene

Et praksisfellesskap har en identitet som er definert av et felles domene av interesse. Medlemskap medfører derfor en forpliktelse til domenet, og en felles kompetanse som atskiller medlemmene fra andre mennesker.

2. Fellesskapet

Når medlemmer følger sine interesser i domenet, engasjerer de seg i fellesaktiviteter og diskusjoner, hjelper hverandre og deler informasjon. De bygger relasjoner som gjør dem i stand til å lære av hverandre.

3. Praksis

Medlemmene av et praksisfellesskap er utøvere. De utvikler et felles repertoar av ressurser: erfaringer, fortellinger, verktøy, måter å løse problemer – kort og godt en felles praksis.

Praksisfellesskap er ikke begrenset til formelle strukturer. De danner forbindelser mellom utøvere på tvers av organisatoriske og geografiske grenser (2004).

Læring og utvikling skjer gjennom deltakelse i sosiale praksiser hvor en starter som nybegynner og utvikler erfaringer som kulminerer i at en blir en kompetent aktør. Denne typen læreprosesser finnes i sosiale praksiser og inneholder ulike psykologiske mekanismer. Den som behersker en bestemt praksis eller ferdighet, veileder og støtter den som er nybegynner. Denne støtten består i at en bistår med strukturerte ressurser, som for eksempel kan være at en reduserer kompleksiteten i arbeidsoppgavene eller koplingen til tidligere erfaringer. Under læreprosessen får veilanden utviklet sin kompetanse sammen med den mer erfarne personen og utvikler suksessivt en større grad av autonomi i håndteringen av arbeidsoppgavene. Fra å ha vært helt avhengig av veiledning og støtte vil veilanden selv bli i stand til å gjennomføre flere momenter og vil til slutt beherske hele forløpet. Kunnskaper og ferdigheter som eksisterer på det kommunikative planet mestres og approprieres etter hvert av veilanden (Säljö 2002, Wenger 2004, Illeris 2006).

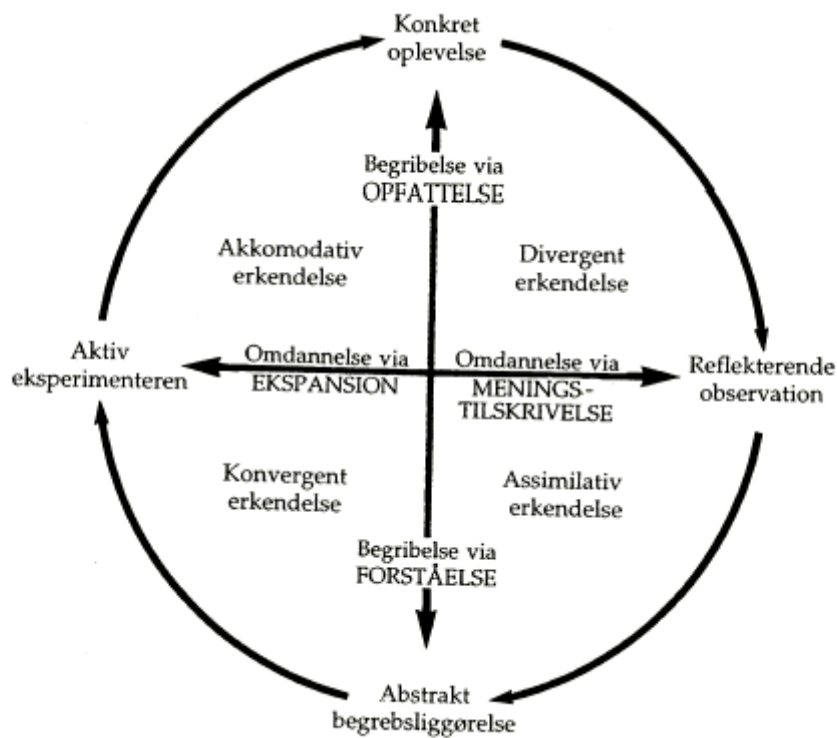


Å gå fra å være novise til ekspert innebærer en endring av individets identitet og ansvar innenfor rammen for en bestemt virksomhet samtidig som det ligger en innebygd motivasjonsstruktur idet lærlingen ønsker å bli mester. Sosiale praksiser slik som ambulansetjenesten er ikke åpen for den som er nybegynner. I dagens sosialt og teknisk kompliserte samfunn blir terskelen for adgang til ulike virksomheter høyere. De praksisene en skal virke innenfor inneholder abstrakte kunnskaper som en må bruke for å kunne tilfredsstille kravene (Säljö 2002).

I dagens kommunikasjons og informasjonssamfunn er synet på læring i en brytningstid. Utdanning betraktes i stadig større grad som et livslangt prosjekt (Stmld 30) og ikke lenger noe som man gjorde seg ferdig med i ungdommen. Å delta i formalisert utdanning er ikke lenger bare et tilbud og en mulighet men heller en nødvendighet og i noen land også lovfestet. Raske skifter og endringer i teknologien medfører endringer i produksjon, arbeidsoppgaver og virksomheters organisasjon fører til at mennesker må innstille seg på å lære kontinuerlig. En åpenbar konsekvens av denne utviklingen er at læring i stor grad handler om å lære å beherske den nye teknologien og dens bruksformer. Ambulansetjenesten opplevde et paradigmeskifte i forbindelse med reform 94, når ambulansefag ble innført som eget fag i videregående skole.

Fra et psykologisk og kommunikativt utgangspunkt er det åpenbart at mennesket er både et begrenset og et formbart vesen. Med genetiske forutsetninger som ikke har endret seg på tusener av år og som kun marginalt skiller oss fra primatene, har mennesket lyktes i å skape sosiokulturelle ressurser i form av diskursive og fysiske redskaper som har ført oss langt på kort tid. Vår kunnskapstradisjon har blitt mer og mer abstrakt, og det kan være vanskelig å nyttiggjøre seg erfaringer når den begrepsverdenen en møter i institusjonelle sammenhenger bare i liten grad bekreftes i hverdagen. Derfor må samtalen mellom den mer kompetente og nybegynneren alltid pågå (Säljö 2002). Det er slik mye av kunnskapsdelingen blant ambulansearbeiderne foregår og det er i interaksjonen mellom ambulansearbeiderne at erfaringer, kunnskaper og ferdigheter blir levendegjort og kan tilegnes.

Kolbs lærings sirkel bygger på John Dewey sine arbeider. I boka ”*Experience and Education*” fra 1939 hevder Dewey at ”*all genuine education comes about through experience*”. Deweys syn er at læring er knyttet til aktivitet og erfaring. Læring er en prosess som går igjennom flere faser; problemorientering, kunnskapsinnsamling, hypoteseformulering, utprøving og handling. Dewey sin læringsmodell og veldig mange senere varianter av denne blir visualisert som en sirkel. Den mest kjente og siterte varianten innen voksenopplæring er lærings sirkelen til David Kolb. Læringen begynner med observasjon og refleksjon over konkrete erfaringer. Deretter skjer det en prosess hvor det konkrete blir abstrahert, generalisert og begrepsfestet. Siste fase er aktiv utprøving eller eksperimentering som igjen danner nye konkrete erfaringer (Tøsse 2005:106).



**Figur 6. Kolbs lærings sirkel. Fra Illeris (2006)**

Knud Illeris påpeker at læring omfatter to forskjellige prosesser som innbyrdes er avhengige av hverandre for at læring skal foregå. En ekstern samspillprosess mellom individet og dets omgivelser hvor interaksjonen med omgivelsene er sentral. Samtidig skjer det en indre mental tilegnelsesprosess og bearbeidelsesprosess hvor impulsene fra spillet skal integreres og settes i sammenheng med tidligere læring. Videre beskriver Illeris at tilegnelsen omfatter både et innhold og en drivkraft, slik at læringen består av tre dimensjoner; den innholdsmessige, den drivkraftsmessige og den samspillsmessige

dimensjonen (Illeris 2006). Det er i samspillet man finner kunnskapsdelingen og muligheter for å utvikle gode relasjoner og læring.

Jørgensen og Warring viser i sin modell sammenhengen mellom ulike læringsmiljøer og medarbeiderens læringsforløp. Videre skiller de mellom de muligheter for læring som ligger i de materielle og de sosiale omgivelsene. Læringsmiljøene utgjør rammene for læringen men det er i samspillet mellom den enkelte medarbeider og læringsmiljøene selve læringen foregår.



**Figur 7. Jørgensen og Warrings læringsmodell. Fra Illeris(2004b)**

Modellen er en sammensatt og flerdimensjonal modell hvor det teknisk–organisatoriske læringsmiljøet beskriver forhold som arbeidsdeling, innholdet i arbeidet, fysiske og psykiske belastninger, kvalifikasjonsanvendelse og muligheter for sosial interaksjon. Det sosiale læringsmiljøet omhandler ulike fellesskaper, som arbeidsfellesskap, kulturelt fellesskap og hvordan det sosiale miljøet på arbeidsplassen påvirker mulighetene for læring. Læringsforløpet relaterer seg til medarbeiderens utdanning, arbeidserfaring og sosial bakgrunn. Det er viktig å se sammenhengene mellom de ulike faktorene i denne modellen fordi de gjensidig påvirker hverandre (Illeris 2004b). Det er denne modellen som danner utgangspunktet for drøftingen av empirien senere i prosjektet.

Jack Mezirows teori om transformativ læring er konstruktivistisk og hevder i likhet med de fleste sosiokulturelle teorier at læring er en meningsskapende prosess og en meningsfylt aktivitet som er forbundet med å forstå sine egne erfaringer. Dette behovet er kanskje den fremste menneskelige egenskap. Mezirow definerer derfor læring som; ”*A process of using a prior interpretation to construct a new or revised interpretation of the meaning of one’s experience in order to guide future action*” (Tøsse 2005:73). Det er viktig å skape mening i læringen og det sentrale i transformativ læringsteori dreier seg om å skape mening. Mening blir skapt eller konstruert i samhandling med andre og den erfaringen vi har med oss. Mezirow hevder at rasjonell tenkning og handling er målet med voksenopplæringen og teorien kan anvendes som grunnlag for individuell selvstyrt læring til læring på arbeidsplassen, i klasserommet, i grupper og i organisasjoner (Tøsse 2005, Loeng 2009). Ambulansefagets egenart tilsier at man utfører arbeidsoppgaver i samhandling med andre og i stor grad bruker tidligere erfaringer. Det er derfor et stort potensial for kunnskapsdeling

Hvordan kan man bruke disse teoriene for å øke læringen i arbeidslivet? Som tidligere nevnt mener Malcolm Knowles at deltakelse i gruppearbeid er basert på den enkeltes erfaringer, og sier deltakernes involvering i sin egen læreprosess er sentral for læring. Jeg mener at problemløsning og arbeid relatert til daglige arbeidsoppgaver slik sett vil oppleves som meningsfullt i den enkeltes arbeidssituasjon og motivere for videre læring. Det å dele kunnskapen sin med andre tror jeg vil være med på å øke motivasjonen for å lære mer. Voksne i en reell arbeidssituasjon vil gjøre selvstendige vurderinger og valg som vil øke involveringen og samhandlingen med kolleger. Dette kan være med på å styrke relasjonene mellom medarbeiderne, og dette igjen vil påvirke holdningen til å dele kunnskap og erfaring og skape gode læresituasjoner. Basert på teorigrunnlaget ovenfor vil ambulansesarbeiderne oppleve mer mening og få større læring hvis man implementerer kunnskapsdeling som en del av arbeidet med å tilrettelegge for å skape gode læresituasjoner og dermed øke læringen på arbeidsplassen.

I Norge er de aller fleste voksne mennesker i arbeid og lærer følgelig i en eller annen form for organisasjon. I et sosiokulturelt perspektiv gjelder det å forstå samspillet mellom institusjonelle arrangementer på makronivå og individuelle kommunikative virksomheter på mikronivå for å se på hvordan de to nivåene utgjør forutsetninger for hverandre (Lave og Wenger 1991). Et komplekst samfunn inneholder en dynamikk som gjør at arbeidslivet

forandres når nye virksomheter oppstår og nye teknikker og arbeidsprosesser gjør sin entre. Dette er noen av de viktigste grunnene til en tiltakende abstraksjon i undervisningen og en høyning av kravene til hvilke kunnskaper som skal formidles til oppvoksende generasjoner (Säljö 2002:43). Når samfunnets kompleksitet øker får man økt innslag av arbeidsdeling og ulike typer teknologier og et behov for mer komplisert kunnskapsformidling. Kulturen er, i et sosiokulturelt perspektiv, dynamisk slik at det i ulike samfunnsmessige virksomheter blir utviklet redskaper som flytter grensene for vår intellektuelle og praktiske yteevne. Dette medfører økte krav til hva individene skal kunne. Ambulansetjenesten er også preget av denne samfunnsutviklingen.

Cato Wadel hevder at hvis organisasjonen skal lære må lærdom og kunnskap gjøres felles. Det må finnes rutiner for hvordan denne lærdommen og kunnskapen skal gjøres felles for dermed ikke å forsvinne. Det er lettere for små organisasjoner å lage rutiner for deling av kunnskap for medarbeidere. I de fleste organisasjoner hvor det eksisterer et stort antall ”frontpersoner” som har direkte kontakt med brukere av organisasjonen, vil kunnskap lett kunne forsvinne ved at en ikke har rutiner for hvordan en skal bringe kunnskapen videre inn i organisasjonen (Wadel 2008:101). Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus har nesten 450 medarbeidere og er i denne sammenhengen en stor organisasjon<sup>6</sup>. Videre sier Wadel at lærdom og kunnskap må bearbeides og teoretiseres slik at den kan lagres og gjenvinnes. Et problem i mange organisasjoner er at medarbeiderne ikke vet hva de vet. Spørsmålet blir da hvordan en skal kunne fremkalle og bevisstgjøre denne kunnskapen? Dette er som nevnt et av forskningsspørsmålene i prosjektet og er et sentralt tema i undersøkelsene prosjektet bygger på.

Forhold som hindrer læring i organisasjoner kalles for barrierer. Det finnes organisatoriske, kulturelle og personlige barrierer. Organisatoriske kan foreksempel være at man tilhører ulike avdelinger i organisasjonen. Kulturelle barrierer kan skyldes ulik faglig bakgrunn eller kjønn. Det kan ofte være sammenfall mellom ulike organisatoriske og faglige barrierer. Personlige barrierer kan skyldes at en tidligere har hatt negative samhandlingserfaringer. Organisasjonen må være disse barrierene bevisst og forsøke å forhindre utvikling av og å bryte ned de ulike typer barrierer. Wadel sier videre at kunnskap påvirkes rasjonelt. Det vil si at den lærdom og kunnskap vi bringer videre ikke

---

<sup>6</sup> Oslo Universitetssykehus har nesten 21.000 ansatte.

helt er den samme som vi mottok fordi den er påvirket av tidligere kunnskaper og erfaringer vi bringer med oss (2008:100).

Peter Senge har identifisert ulike kjennetegn for lærende organisasjoner. Han fremhever 5 disipliner; personlig mestring, mentale modeller, felles visjon, gruppelæring og systemtenkning (2006). Med disiplin mener Senge et sett med teorier og teknikker som må studeres og mestres før de kan tas i bruk.

Personlig mestring er en sentral faktor i en lærende organisasjon. Her inngår den personlige visjonen som omfatter å holde fast på kreativ spenning, fokusere på resultater og ha evnen til bevege seg fra og til den nåværende virkelighet. Senge sier at det mest interessante er sammenhengen mellom personlig og organisasjonsmessig læring. Han peker på de gjensidige forpliktelsene mellom individ og organisasjon og det miljøet en finner i en bedrift med lærende mennesker. Disse tankene korrelerer med det Illeris (2004b) hevder i sin helhetsmodell for læring som beskriver samspillet mellom individ og organisasjon i arbeidspraksis.

Mentale modeller betegnes som fastlagte antagelser, generaliseringer eller tankebilder. Senge hevder det er viktig å lære å skille mellom data og abstraksjoner, prøve ut forutsetninger og uttrykke hva en normalt ikke sier. Han omtaler også en organisasjons planlegging som institusjonell læring. Dersom en ledergruppe endrer de mentale modellene de har av selskapet, markedet og konkurrentene, oppstår det en institusjonell læring og virksomheten utvikler seg.

Å skape felles visjoner er avgjørende for at en organisasjon skal lykkes. Visjonen må være ekte, det vil si at arbeidstakeren må delta i arbeidet med å skape og utforme visjonene. Hver enkelt medarbeider vil kunne skape og lære fordi de har lyst til det og ikke fordi de blir fortalt at de må. For å kunne være med i prosessen med å skape visjoner må en dele egne visjoner og å lytte til andre. Det å skape en felles visjon omfatter evnen til å avdekke det en har felles og tankene om fremtiden. Dette vil fremme innsatsvilje og deltakelse og arbeidstakeren vil føle forpliktelse og ha et eieforhold til visjonene.

Gruppelæring går ut på å handle som kolleger, praktisere ideer og forestillinger samt å lære som gruppe. En dårlig fungerende gruppe kan fremstå med en samlet kompetanse som er mindre enn kompetansen hver enkelt har. En gruppe som lærer, vil oppnå et bedre resultat og de enkelte medlemmene vil oppleve en langt raskere personlig vekst enn de ellers kunne fått. Dersom medlemmene i gruppen er opptatt av å forsvare seg selv, vil dette undergrave læring i gruppen. Hvis grupper ikke kan lære, kan heller ikke organisasjonen lære. Både Illeris (2004) og Wadel (2008) omtaler gruppelæring som en viktig læringsarena når det gjelder læring i arbeidslivet og gruppelæring vil være en del av arbeidspraksisen.

I boka "The fifth discipline" er systemtenkning den viktigste og den såkalte femte disiplin som binder de andre fire disiplinene sammen. Senge forfekter at mange av dagens løsninger blir til morgendagens problemer. I denne måten å tenke på integrerer man disiplinene og smelter disse sammen med teori og praksis. Det blir viktig å tenke på helheten, på hele systemet sett under ett. Senge sier at det er vesentlig at de fem disiplinene utvikles parallelt i en organisasjon. Han ser at dette er en utfordring, for det er mer krevende å integrere nye verktøy enn å anvende dem hver for seg. Av den grunn er systemtenkning den femte disiplin. Det er en systemmessig orientering som er verktøyet for å se hvordan de enkelte disiplinene henger sammen og griper inn i hverandre. *"En lærende organisasjon er et sted der mennesker kontinuerlig oppdager hvordan de skaper sin virkelighet, og hvordan de kan forandre den"* (Senge, 2006:22).

Senge er i likehet med Illeris (2004b) og Nonaka (2009) opptatt av den rollen omgivelsene har for læring. Han mener videre at den ansatte lærer ved deltakelse og ansvarliggjøring i virksomheten og det er i samspillet mellom organisatoriske og relasjonelle forhold den beste læringen foregår.

## 2.4 Læring i ambulansetjenesten

Ambulansearbeiderne som regel alene uten å ha noen å støtte seg på når de skal ta vanskelige avgjørelser. Ofte må avgjørelsen tas raskt fordi det står om liv. Avgjørelser tas ofte ute under vanskelige forhold, på natten, i regn, mørke, vind og snø.

Ambulansearbeiderne handler med utgangspunkt i sine kunnskaper og erfaringer og det de bevisst eller ubevisst oppfatter at omgivelsene krever, tillater eller gjør mulig i en bestemt situasjon. Dette stiller store krav til kunnskaper, ferdigheter og ikke minst holdninger.

Hvilken kompetanse krever dette og hvordan skal man kunne opparbeide denne kompetansen?

Hvordan forvalter ambulansetjenesten en av sine viktigste ressurser, nemlig den kunnskapen og de erfaringene som hver enkelt ambulansarbeider har? Hvordan deler man kunnskap i ambulansetjenesten? Kunnskapsdeling skjer i stor grad i uformelle fora og som regel muntlig i samtaler med kolleger. Formell kunnskapsdeling foregår gjennom årlige resertifiseringer eller via foredrag og kurs både internt og eksternt. I tillegg driver ambulansetjenesten i Oslo og Akershus aktivt med internopplæring. Høsten 2011 innførte ambulansetjenesten en såkalt fagcamp hvor alle ambulansarbeiderne møter på ambulansetjenestens opplæringscenter til en ukes oppdatering og resertifisering. Ambulansetjenesten har tilgang til OUS sitt intranett som kan brukes til å publisere informasjon lokalt og [www.Ambulanse1.no](http://www.Ambulanse1.no) er ambulansetjenesten sin hjemmeside som publiserer både lokalt og nasjonalt. Det finnes et rom for sosiale medier på denne hjemmesiden, men det har foreløpig en form og et grensesnitt som ikke gjør det attraktivt å bruke til kunnskapsdeling.

Sosiale medier kan brukes som et ledd i organisasjonens internkommunikasjon når det gjelder deling av kunnskap og erfaringer. I sitt daglige virke opparbeider hver enkelt ansatt unike kunnskaper og erfaringer. Sannsynligheten for at kolleger har møtt tilsvarende problemer er stor. Hvordan unngå å gjøre de samme feilene som andre har gjort tidligere? Hvordan forhindre og bruke tid på å løse problemet når kolleger kanskje sitter med kunnskapen man trenger?



Moderne bedrifters suksess eller fiasko avhenger av i hvilken grad bedriften makter å nyttegjøre seg av og videreforedle de ansattes formalkompetanse og erfaring. Gottschalk definerer kunnskapsledelse som en metodikk drevet frem for å oppnå organisatorisk læring gjennom å fange, samle, skape, dele og anvende kunnskap med den hensikt å skape nye verdier for alle. Grunntanken i tradisjonell kunnskapsledelse har vært å samle all tilgjengelig kunnskap i databaser for å kategorisere og organisere den til felles nytte (2004). Erfaringer viser imidlertid at kunnskapsdelingene ofte har vært utført av noen få dedikerte personer som deler av sin kunnskap på eget initiativ. En konsekvens av dette er at en ikke klarer å inkludere og motivere de ansatte til å dele kunnskaper og erfaringer slik at kunnskapspotensialet i organisasjonen blir utløst. På dette området har ambulansetjenesten trolig et potensial til å bli bedre.

Nye kolleger og lærlinger i ambulansetjenesten opplever ofte nærmest et sjokk når de skal ut i praksis for å anvende det de har lært. Verden kan vise seg å være tøffere og mer gjenstridig enn det de har lært på skolen. Lærere og lærebøker har en tendens til å forenkle prosessene i praksisfeltet. Erfarne ambulansarbeidere vet at innovasjon og endringer møter motstand. Litt spøkefullt kan man si at *"Alle vil ha forandring, men ingen vil ha endring"*. Denne forståelsen og innsikten om endringsarbeid gjør det lettere å kople læring og endring. Kunnskap i praksis er noe annet enn uprøvd teoretisk kunnskap. Læring kan nok gi kunnskap, men det er den hverdagen man møter i praksis hvor man kombinerer kunnskap og praktisk erfaring til kompetanse.

Ronny Sannerud hevder i sin doktoravhandling at kompetanse er organisasjonens egenkapital (2005). Et sentralt punkt er at man må tilrettelegge for erfaringsdeling (kunnskapsdeling) i organisasjonen. Forankring av dette må være en prosess i samarbeid mellom ansatte og ledelsen. Det er ledelsen som gir rammer for kunnskapsdeling og læring generelt i bedriften. Sannerud sier at et annet viktig forhold er at besittelse av kompetanse gir et maktforhold fordi kunnskap er makt. Han viser i sine undersøkelser at det ofte er mellomledere som sperrer for kunnskapsdelingen og at konteksten er viktig for kunnskapsdeling. Et spørsmål blir da om man kan gjøre noe med konteksten for å øke kunnskapsdelingen? Finnes det forhold i organisasjonen som hindrer eller stimulerer kunnskapsdeling?

Skal man dele kunnskap vil det si også å dele privilegiene. Spørsmålet er om alle vil det? Det ligger mye interessekonflikter i kunnskapsdeling og kolleger er på en måte konkurrenter. I vårt samfunn er utdanning, erfaring og kompetanse status, og folk vil være selektive og kanskje tenke; *"Hva lønner seg for meg nå?"*. Personlige forhold og psykologi vil også spille inn og noen vil kanskje tenke; *"Er kunnskapen jeg innehar noe jeg vil beholde selv? Hva er premien eller godet ved å dele? Hvem yter i fellesskapet, hvem vil jeg dele med?"* Eller kanskje; *"Kan jeg nok til å dele?"*. Folk er forskjellige og noen vil alltid være med på lasset uten å bidra. Til syvende og sist kan man spørre seg om hvordan man kan få flere til å dele.

Som eksempel på hvordan kunnskapsdeling i en organisasjon kan foregå bruker Sannerud noe han kaller *"Containermøter"* hvor kolleger møtes og diskuterer aktuelle problemstillinger. Målet er å øke organisasjonens og den personlige kompetansebeholdningen. I ambulansetjenesten møtes kolleger i vaktskiftet hver morgen og her kan man tilrettelegge i turnusen en form for overlapping. Det gjøres i mange deler av helsevesenet for å sikre kontinuitet i arbeidet.

Som det fremkommer av det foregående er sosialkonstruktivistisk teori bakteppet i dette prosjektet. Oppsummert kan en si at kunnskap, kompetanse, kunnskapsdeling og læring er vevd i hverandre på en slik måte at hvert enkelt menneske innehar unike egenskaper og erfaringer. Dette gjør læring i arbeidslivet mer kompleks en man skulle tro. Essensen er at det er i samspillet og i relasjonene mellom arbeidstakerne kunnskapsdelingen og læringen foregår. Det medfører at både relasjonelle og organisasjonsmessige forhold får betydning for kunnskapsdelingen som alltid foregår i mer eller mindre grad.

Den neste delen av prosjektet omhandler forskningsdesignet.

### 3.0 Forskningsdesign

I denne delen av prosjektet presenteres og begrunnes metodiske valg samt at det redegjøres for forholdene rundt metodebruken. Videre gjennomgås forarbeidene, begrunnelse for valg av respondenter, utvikling av observasjonsskjema, spørreskjema og intervjuguide samt redegjørelse for hvordan datainnsamlingen er gjennomført. Prosjektets reliabilitet og validitet vurderes før kapittelet avsluttes med drøfting av prosjektets forskningsetiske problemstillinger.

Samfunnsforskning benytter i dag både kvantitative og kvalitative metoder og gjerne kombinasjoner av metodene. Valg av metode gjøres ut fra hva som vurderes som hensiktsmessig ut fra problemstillingen som skal belyses (Halvorsen 2008, Kvale & Brinkmann 2009). Prosjektets problemstilling er knyttet til ambulansesarbeidere og utvikling av kompetanse. Målet var ikke å lage en fremstilling som gir oversikt over et større felt, men tvert imot fremstille en mest mulig helhetlig beskrivelse av et begrenset område. Presentasjonen av empiri skal inneholde så mange ulike aspekter som det er mulig å klare å avdekke innenfor rammen av problemstillingen. Derfor er det i hovedsak valgt kvalitative data. En kvalitativ tilnærming gir prosjektet større fleksibilitet.

Problemstillingen skulle føre frem til en analytisk beskrivelse av kunnskapsdeling som fenomen blant ambulansesarbeidere. For å få til dette er det samlet inn data ved å være til stede, møte respondentene på deres arena og være åpen for deres meninger og holdninger til prosjektets tema.

Det er vanskelig å vite hva folk tenker. Det en kan følge er det mennesket sier og gjør, men det kan ofte være noe annet enn det de tenker. Det må man ha med seg når man intervjuer. Man kan se om det man finner i observasjonene samsvarer med det man finner i intervjuene. Tenking, kommunikasjon og fysiske handlinger er situert i kontekster og er kjernepunktet i et sosiokulturelt perspektiv er å forstå koplingen mellom sammenhenger og individuelle handlinger. Konteksten skapes av handlinger og omvendt. Sosiale situasjoner og menneskelige aktiviteter konstituerer hverandre (Säljö 2002).

### 3.1 Forskningsprosessen

I prosjektet er det brukt ulike kvalitative metoder. Kartleggingssamtaler, deltakende observasjoner, spørreundersøkelser og intervjuer.

Kartleggingssamtalene ble gjennomført i desember 2010. Hensikten med kartleggingssamtalene var i første omgang å få testet forforståelsen samt å få erfaring i å snakke om og å bruke begrepene. Det vil si bevisstgjøring for egen del samt om det kunne dukke opp noen momenter som ikke var forutsett og som det kunne fokuseres på videre i undersøkelsene.

Observasjonene ble gjennomført i perioden januar til april 2011. Det falt det seg naturlig å velge deltakende observasjon fordi jeg har god tilgang til feltet. Jeg har bred erfaring fra ambulansetjeneste og har en velvillig arbeidsgiver og gode kolleger som lot meg slippe til. Underveis i observasjonene ble det bestemt å lage en spørreundersøkelse i tillegg for å få undersøkt noen antakelser som ble gjort under arbeidet i praksisfeltet.

Spørreundersøkelsene ble gjennomført i perioden mars til oktober 2011 og intervjuene ble gjennomført i september 2011.

Bruker man både kvalitative og kvantitative datainnsamlingsmetoder for å belyse en problemstilling kalles dette metodetriangulering. Begrepet kommer fra landmåling hvor man bruker to ulike utgangspunkter for å bestemme et tredje. Finner man sammenfallende resultater ved bruken av ulike metoder vil dette styrke validiteten til undersøkelsen.

Kvalitative og kvantitative metoder sammen med metodetriangulering kan brukes komplementært for å utfylle hverandre. Hvilken metode som skal stå i fokus avhenger av problemstillingen som skal belyses (Halvorsen 2008:149). Metodetriangulering sikrer både reliabilitet og validitet og det er brukt flere kvalitative metoder for å gi prosjektet større bredde og dybde.

## **Kartleggingssamtaler**

Det ble gjennomført 3 kartleggingssamtaler for å danne et godt grunnlag for tematikken i prosjektet samt å få bedre oversikt over temaet. Samtalene ble gjennomført med en ambulansarbeider med kort ansiennitet, en erfaren paramedic og en meget erfaren opplæringsleder. Alle samtalene forgikk på ambulansstasjonen på avdelingslederens kontor og varte mellom 30-45 minutter. Samtalene ga nyttig informasjon om temaet. Hovedinntrykket var at respondentene var relativt samstemte i holdningene til temaet. De mente at kunnskapsdeling er viktig både for bedriften og for personlig utvikling. Kartleggingssamtalene, sammen med forforståelsen la grunnlaget for observasjonsskjemaet (vedlegg 6). Det ble utviklet til bruk for å strukturere og kvalitetssikre observasjonene slik at de ble mest mulig like og hjelpe til med å holde det samme fokuset under hver observasjon.

## **Deltakende observasjon som metode**

Ved deltakende observasjon gjør man to ting samtidig. Man samhandler og observerer atferd. Graden av deltakelse kan variere fra svært liten til svært stor og det vil påvirke datamaterialet i ulik grad. Metoden går i hovedsak ut på at man beskriver det folk sier og gjør og får prøvd det de sier opp mot det du ser i ulike sammenhenger. Videre er metoden en førstehåndskilde til informasjon idet man er til stede når atferden skjer. Eksplorerende metoder gir bred innsikt og helhetsforståelse fordi deltakerne, blir observert i sin sosiale kontekst. Dette gir nærhet til praksisfeltet. Deltakende observasjon gir rom for fleksibilitet, men kan være tidkrevende og det finnes ingen fasit for hvordan man skal gjennomføre observasjonene. Problemformuleringen sammen med forskningsspørsmålene vil imidlertid være styrende. Det er vanlig å kombinere deltakende observasjon med andre datainnsamlingsmetoder (Grønmo 2007, Halvorsen 2008, Fangen 2010).

Det ble gjennomført 10 deltakende observasjoner ved avdeling Nordre Follo i ambulansetjenesten i Oslo og Akershus. Nordre Follo ambulansstasjon har 22 ansatte hvorav 5 er kvinner. Avdelingen har en dagbil og to døgnbiler. Det vil si at minimum 10 personer møtes i vaktskiftet hver morgen. Ofte er det flere fordi ambulansstasjonen til en hver tid har tre til fire lærlinger. Jeg var med på 37 ambulanseoppdrag fordelt på 10 vakter.

De første to observasjonene ble også brukt til å teste ut og kvalitetssikre observasjonsskjemaet. Samtidig ble tiden brukt til å bli kjent, gli naturlig inn i miljøet og venne kollegene til min tilstedeværelse som observatør. Det var sannsynlig at prosjektet ville være gjenstand for diskusjon blant de ansatte ved ambulansestasjonen og at noen følgelig var spente på hvordan det var og ha med seg en observatør under ambulansvakten. Målet var å redusere forskereffekten mest mulig.

Observasjon er beskrevet som en metode som bare delvis kan beskrive og delvis gi et bilde av helheten. Dette er også grunnen til at det ble valgt å kombinere flere metoder i innhenting av empirien. Observasjon er en svært direkte metode, og skal man tro at handling sier mer enn tusen ord, så er den også veldig avslørende. Med observasjon spør man ikke folk hva de gjør eller hvilke følelser eller holdninger de har. Du observerer hva de gjør, lytter til hva de sier, og fortolker dette i lys av konteksten. Metoden avdekker på denne måten hva en person gjør, og ikke hva vedkommende sier at han gjør, som et tilsvarende intervju ville gjort. Derfor vil oppfølgende spørsmål i et intervju, gi mer informasjon og bakgrunn med tanke på for eksempel holdninger (Halvorsen 2008, Fangen 2010).

De første vaktene var jeg med dagbilen som 3. mann og deltok i arbeidet på lik linje med kollegene. Observasjonene ble gjort på dagbil fordi dagbilene sjelden har akutturer og det ville sannsynligvis bli mer ro og tid til å observere. Det var også viktig at oppdragenes art ikke måtte kreve at observasjonene ble lagt til side. Imidlertid ble ikke observasjonene gode nok fordi ambulansarbeiderne ikke delte så mye fag som jeg hadde trodd. Derfor ble det bestemt at observasjonene skulle foregå under akuttoppdrag. En umiddelbar effekt var at forskereffekten ble mindre. Oppdragenes art tilsa at jeg ble en mer naturlig del av teamet og ble brukt som en ressurs og satt til å utføre pasientrelaterte oppgaver.

Ambulansarbeidere må være løsningsorienterte og se muligheter og bruke de ressurser som er tilgjengelig til en hver tid. Det førte til en del endringer i datamaterialet. Blant annet ble mengden oppdrag redusert fordi akuttbilene har færre oppdrag fordi de er dedikert til akuttoppdrag. Hvert tredje oppdrag er et akuttoppdrag. Det ble gjort notater mellom oppdragene og ellers der det falt seg naturlig. Etter hver vakt ble det skrevet logg med oversikt over dagens hendelser og foreløpige refleksjoner. Sammen med observasjonsskjemaet ga dette gode samhandlingsdata.

## **Problemer som kan oppstå ved deltakende observasjon**

Først og fremst kan forskeren bli avvist, og det vil umiddelbart redusere tilgangen til feltet. Videre kan perspektivet for observasjonene bli for ensidig, spesielt under forskning i eget felt. Hvordan kan man egentlig registrere atferd? Graden av subjektivitet i beskrivelsen av atferd vil variere, men den vil allikevel alltid være tilstede i tolkningen og analysen av funnene i kvalitative undersøkelser. Deltakerne og deres virksomhet blir påvirket av forskerens deltakelse og observasjon. Forskerens følelsesmessige engasjement vil påvirke resultatene i varierende grad. Datamaterialet kan bli påvirket på ulike måter, både konteksteffekt og forskereffekt. Dette kan føre til lav reliabilitet fordi det kan være vanskelig å beskrive observasjoner objektivt (Wadel 2006, Halvorsen 2008, Fangen 2010).

## **Spørreundersøkelse**

Spørreundersøkelser kan brukes underveis i et forskningsprosjekt for å øke prosjektets reliabilitet og validitet. Videre kan spørreundersøkelser sikre metodetriangulering og gi et bredere grunnlag for videre undersøkelser (Grønmo 2007, Halvorsen 2008). I dette prosjektet intervjuundersøkelsen. Hovedårsaken til at det ble vurdert en spørreundersøkelse var at underveis i observasjonene begynte jeg å lure på om respondentene mente at de delte mer kunnskap enn det observasjonene viste. Det vil si om det de sa stemte med observasjonene. Det ble utviklet et spørreskjema (vedlegg 4) som 6 kvinner og 18 menn ved ambulansestasjonen svarte på.

Ulemper med spørreundersøkelser kan være at man kan lage for mange og kompliserte spørsmål. Respondentenes vilje, evne og forståelse av spørsmålene har også stor betydning. Hvis respondentene ikke vil delta i undersøkelsen vil frafallet øke. Hvis respondentene mangler evne til å svare vil det både føre til frafall og upålitelige svar fordi respondentene ikke har forutsetninger for å svare. Hvis spørsmålene blir misforstått eller delvis forstått vil det ikke bare gi upålitelige svar, men også frafall fordi uforståelige spørsmål påvirker både evnen og viljen til å svare. Respondenten sin bakgrunn, status og erfaringer vil ha betydning for hvordan spørsmålene forstås og identiske spørsmålsformuleringer kan forstås på ulike måter av ulike respondentene (Grønmo 2007, Halvorsen 2008). Disse momentene er tatt med i analysen og tolkningen av funnene i undersøkelsene.

Det ble opprettet en referansegruppe for å sikre spørreundersøkelsen god reliabilitet og validitet. Som nevnt tidligere har ambulansetjenesten i Oslo og Akershus innført en fagcamp hvor alle ambulansearbeiderne i ambulansetjenesten skal på en ukes oppdatering og resertifisering. Fagcampen gjennomføres på ambulansetjenestens opplæringscenter (AOS) hvor jeg er ansatt. Dermed var veien kort til å opprette en referansegruppe som svarte på de samme spørsmålene (vedlegg 5) som ambulansearbeiderne ved Nordre Follo ambulanse. Referansegrupper øker undersøkelsenes reliabilitet og validitet (Halvorsen 2008, Kvale & Brinkmann 2009). Det var 40 respondenter i referansegruppen, 20 kvinner og 20 menn

Funnene i observasjonen og i spørreundersøkelsen ble sammen med problemstillingen og forskningsspørsmålene, brukt til å utvikle en intervjuguide (vedlegg 2).

### **Strukturert intervju som metode**

Det finnes ingen fasit på hvordan en intervjuguide bør bygges opp. De fleste forskere er imidlertid enige om at man bør bruke en intervjuguide for å kvalitetssikre intervjuet. Diskusjonen rundt intervjuguiden går i forhold til teknikker for oppbygging og graden av formalisering. Graden av forhåndsstruktur avhenger av fokus, forskningsspørsmål og utvalgsriterier. Hva slags studie og hvilke metoder en vil benytte vil være styrende for utformingen av intervjuguiden. Legger man for mye struktur i intervjuguiden vil dette kunne ekskludere betydningen av konteksten som trolig er noe av det mest sentrale i kvalitative studier hvor likeverdige forhold gir respondenten mulighet for å påvirke interaksjonen. Samtidig vil det ved liten eller ingen struktur være fare for og ikke fange opp viktige fenomener som har betydning for studien (Ryen 2006, Kvale & Brinkmann 2009).

Problemstillingen i prosjektet er godt avgrenset slik at et intervju med relativt strenge rammer ville hjelpe til å holde fokus på problemstillingen og det som skulle undersøkes. Det ble laget en intervjuguide med både åpne og lukkede spørsmål. På den måten ble det innhentet både kvalitative og kvantitative data også i denne undersøkelsen. Dette er som nevnt metodetriangulering og dermed styrkes dataenes reliabilitet og validitet. Ønsket var å bruke metodetriangulering i dette prosjektet slik at problemstillingen ble belyst ut i fra ulike synsvinkler og dermed bidra til å utvikle en mer helhetlig forståelse av temaet (Grønmo 2007, Halvorsen 2008).



Et kvalitativt forskningsintervju kan deles inn i tre faser. Intervjuene i prosjektet bygger på Kvale & Brinkmann sin mal for hvordan man forbereder, gjennomfører og utfører etterarbeider ved bruk av intervju som metode (2009). Forberedelsene til intervjuene ble gjort ved å lage en intervjuguide. Prosjektets forskningsspørsmål dannet grunnlaget for guiden. Det ble flere utkast før den endelige intervjuguiden forelå. Prosessen med å skrive og å forkaste spørsmål hjalp til med en bedre klargjøring av de temaene som var ønsket å få belyst. Den endelige intervjuguiden besto av 14 åpne og 1 lukket spørsmål. Rekkefølgen var ikke tilfeldig fordi spørsmålene er utledet fra problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det ble foretatt et strukturert intervju samtidig som intervjuet skulle ha en dialogform slik at guiden mer ble en mal for intervjuet enn noe som måtte følges slavisk. Dette begrunnes i ønsket om å være åpen for spontane innspill fra respondentene.

Fire respondenter, to kvinner og to menn, ble intervjuet og intervjuene ble tatt opp på bånd, samtidig som det ble gjort notater underveis. Den påfølgende transkriberingen var tidkrevende men nyttig. Transkribering er prosessen der man skaper en skriftlig representasjon av tale for å gjøre den tilgjengelig for språklig analyse (Kvale & Brinkmann 2009). Typiske problemer ved strukturert intervju kan være frafall og upålitelige svar knyttet til respondentens forståelse av spørsmålene samt evne og vilje til å svare. Intervjuguiden ble brukt som rettesnor gjennom intervjuene for å få mest mulig sammenlignbare svar. Spørsmålsstillingen ble ikke endret fordi det var utarbeidet en relativt strukturert intervjuguide. Samme kontekst ble ivaretatt under intervjuene ved at alle intervjuene ble avholdt på samme sted.

### 3.2 Utvelgelse av respondenter

Valget av respondenter blir gjort for å kunne besvare problemstilling og forskningsspørsmål på best mulig måte. Fangen bruker begrepet deltaker for at personer som deltar i undersøkelser ikke objektiviseres (2010). Skillet mellom deltaker, informant og respondent brukes ikke konsekvent i faglitteraturen. Grønmo skiller mellom respondenter og informanter på den måten at informanter gir informasjon om andre eller annet, mens respondenter gir informasjon om seg selv (2007). På bakgrunn av dette velges det å bruke respondent for å være konsekvent gjennom hele prosjektet.

I prosjektet er det benyttet, inkludert forundersøkelsen, fire ulike undersøkelsesmetoder. Forundersøkelsen besto av tre kartleggingssamtaler hvor det ble valgt tre respondenter med veldig ulik bakgrunn, alder og erfaring. Utvalget ble gjort for å få størst mulig bredde.

I observasjonsundersøkelsen var fokuset å observere så mange av ambulansesarbeiderne på ambulansestasjonen som prosjektets rammer ga rom for. Det var også for å få et bredest mulig datagrunnlag. I spørreundersøkelsen var det viktig å bruke de samme respondentene som i observasjonene for å se på korrelasjonen mellom det de sa at de gjorde og hva de faktisk delte i praksis med tanke på kunnskapsdeling.

I intervjuene ble respondentene plukket ut etter følgende utvalgs-kriterier; alder, kjønn, ansiennitet og utdanning. Det var viktig å få frem ambulansesarbeidernes stemme på en arbeidsplass med arbeidstakere av begge kjønn og stort spenn i alder, erfaring og utdanning. Til intervjuene ble de 4 første som meldte seg og i tillegg fylte utvalgs-kriteriene valgt. Slik ble utvalget tilfeldig. Deltakelsen i intervjuene var frivillig og respondentene fikk god informasjon før gjennomføringen av intervjuene.

### 3.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet gir forskeren to begreper som bidrar til en granskende og kritisk holdning til eget arbeid. Forskeren bør ha med seg reliabilitet og validitet i alle forskningens deler, prosesser og steg. Validiteten betegner også dataenes relevans for problemstillingen i undersøkelsen (Kvale & Brinkmann 2009). Videre sier Kvale & Brinkmann at det er viktig at forskeren grundig går igjennom resultatene av undersøkelsen for å vurdere om noen av funnene kan skyldes at selve undersøkelsen har påvirket dem.

#### **Reliabilitet**

Reliabilitet omhandler forskningens konsistens, pålitelighet og troverdighet. Reliabilitet innebærer om målingene er korrekt utført og i hvilken grad studien kan reproduseres av andre forskere. Reliabiliteten svekkes av det asymmetriske maktforholdet mellom forskeren og respondentene. Dette forholdet kan medføre at respondentene ville gitt andre svar i undersøkelser med andre forskere (Kvale & Brinkmann 2009).

Å være forsker i egen organisasjon har både fordeler og ulemper. En stor fordel er at man har felles terminologi slik at man har samme forståelse av begreper som brukes i organisasjonen. Ved for nære relasjoner kan imidlertid respondentene svare det de tror intervjueren vil høre. Undersøkelseeffekt er når forskeren bevisst eller ubevisst har påvirket undersøkelsen eller det som undersøkes. I tillegg er det viktig å være klar over at dette kan ha skjedd. Konteksteffekt beskriver i hvilken sammenheng respondentene besvarer en undersøkelse, det vil si at rammene rundt undersøkelsen kan påvirke empirien (Wadel 2006, Fangen 2010).

Forhold som reduserer forskereffekten i dette prosjektet er at undersøkelsene foregikk blant kolleger og at jeg er godt kjent i miljøet. Videre kan jeg faget godt og er godt kjent med terminologien. Konsekvensen av dette er at jeg gle godt inn i miljøet og kunne delta i arbeidsoppgavene samtidig som observasjonene foregikk uten særlig oppmerksomhet. Forhold som forsterker forskereffekt er at jeg har lang erfaring, mye kunnskap og har jobbet som leder i ambulansetjenesten i mange år. Det forsterker asymmetrien mellom respondentene og meg og konsekvensen kan være at respondentene i studien sier og gjør

det de tror jeg vil høre eller se. Begge forholdene påvirker studien sin validitet og reliabilitet.

Reliabiliteten blir internt et spørsmål om nøyaktighet og om kvalitetskontroll av selve undersøkelsen, analysen og presentasjonene av resultatene. Den eksterne reliabiliteten vil dreie seg om det er mulig for andre å foreta en analyse av de innsamlede data, og om beskrivelsesnivået er slik at andre også kan trekke egne og valide slutninger av materialet. Begrunnelsen for metodiske og analytiske valg gir leseren av rapporten mulighet til å vurdere om begrunnelsen for valgene styrker eller svekker konklusjoner og oppsummeringer. I en hermeneutisk forskningsprosess som er fundamentet i dette prosjektet er det analyse og fortolkning av empirien som skal gi forståelse og mening. Hvor omfattende og grundig dette arbeidet er gjort er avgjørende for troverdigheten til drøftingsresultatet (Malterud 2002).

## **Validitet**

Undersøkelsenes validitet må vurderes i forhold til i hvor stor grad den evner å kaste lys over spørsmålene i problemstillingen. I en kvalitativ undersøkelsessituasjon bør validering være en kontinuerlig prosess. Kvale og Brinkmann deler valideringsprosessen inn i 7 stadier som kan forsterke prosjektets håndverksmessige kvalitet. Videre kan validiteten styrkes gjennom strategier som triangulering, informantvalidering, klar fremstilling av datainnsamling og analyse, refleksivitet, synliggjøring av data som reiser spørsmål ved forforståelse og funn, og balansert håndtering av materialet (2009).

Validitet deles gjerne i indre og ytre validitet. Med indre validitet menes hvorvidt studien undersøker det den er ment å undersøke. Ytre validitet kalles også generaliserbarhet. Å generalisere forskningsfunn betyr at det foretas en vurdering av om resultatene fra undersøkelsen kan gjelde i andre situasjoner eller andre steder. Det vil si resultatenes overføringsverdi. Dersom resultatene i undersøkelsen kan gjøres gjeldende for den relevante populasjonen har undersøkelsen god ytre validitet. Undersøkelsenes resultater er basert på utvalget, mens problemstillingen gjelder hele populasjonen. Representativt utvalg er et utvalg som ligner så mye på populasjonen at resultatene kan regnes som gyldige (Malterud 2002). Utvalget i undersøkelsen er representativt for hele ambulansetjenesten blant annet fordi referansegruppen til spørreundersøkelsen besto av respondenter fra

hele ambulansetjenesten. Populasjon er den gruppen av personer som resultatene skal regnes som gyldige for, i denne undersøkelsen ambulansarbeiderne i Oslo og Akershus, men kanskje også hele landet. Det er rimelig å anta resultatene i prosjektet er overførbare også til de andre nødetatene fordi arbeidet art er sammenlignbart og nødetatene ofte samarbeider.

Kvale & Brinkmann tar opp problemstillinger knyttet til reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning. De sier at manglende reliabilitet er en kritikk som ofte har blitt brukt om kvalitative metoder. Det blir påstått at dataene er fremkommet på bakgrunn av forskerens forståelse av feltet som undersøkes (2009). Min forforståelse er blant annet basert på det valgte teorigrunnlaget som er beskrevet i kapittel 2. Med et annet teoretisk bakteppe ville materialet vært vektlagt annerledes og gitt et annet grunnlag for analyse og konklusjoner. Det er gjort et utvalg av den teorien som er utviklet innenfor temaet og jeg mener at problemstillingen er relevant i forhold til disse teoriene. I tillegg har jeg en forforståelse med utgangspunkt i egen erfaring som ambulansarbeider. Dette har selvfølgelig preget arbeidet, men det har gjennom alle fasene av arbeidet med prosjektet vært en bevissthet rundt det faktum at forforståelsen kan påvirke de ulike valgene som er gjort underveis. Med fokus på denne bevisstheten er det trolig unngått ubevisste feilvurderinger. Videre har det vært nødvendig å stille spørsmål om det datamaterialet som er innhentet er godt nok til å danne grunnlag for en analyse og konklusjoner som kan tillegges vekt.

Har jeg fått beskrivelser av det prosjektets problemstilling etterspør? Utvalget i undersøkelsene er ikke stort og empirien kunne hatt et annet innhold med valg av andre respondenter. Jeg har også vært oppmerksom på egen rolle og lagt vekt på å få frem respondentenes syn i fremstillingen. Spørsmålet er om jeg har klart det? For eksempel i transkriberingen av intervjuene? Ville de ha vært annerledes og gitt et annet utgangspunkt for analysen dersom noen andre hadde gjort jobben? Andre metoder, både kvalitative og kvantitative kunne ha gitt andre resultater og svarene på problemstillingen kunne ha blitt ytterligere utvidet. Det har vært viktig å fremstille det metodiske håndverket på en slik måte at prosjektets ulike faser og prosesser fremstår som transparente, slik at lesere kan gjøre seg opp en mening om prosjektets reliabilitet og validitet og om konklusjonen slik den fremstår i kapittel 5.

### 3.4 Forskningens etikk

Forskningsetiske spørsmål kan deles inn slik NESH<sup>7</sup> (2006) gjør i sine retningslinjer.

Reglene ordnes inn i fire hovedgrupper;

- Krav til forskningsopplegg og hensyn i forskersamfunnet
- Hensyn til individer og organisasjoner som utforskes
- Hensyn til oppdragsgivere og brukere
- Hensyn til det bredere publikum

I et fagfelt der ingen sannheter virker å være absolutte og bestandige var intensjonen å finne svar i undersøkelsene og i teorien slik at svarene kunne fremstå som valide og reliable. Målet med prosjektet var at argumentasjonen og begrunnelsene skulle fremstå som selvstendige og allment aksepterbare. Undersøkelsene er forankret skriftlig hos ledelsen i ambulansetjenesten og hos avdelingsledelsen ved avdelingen hvor undersøkelsene ble gjennomførte. De ansatte ved avdelingen ble informert skriftlig og hadde mulighet til å reservere seg mot deltakelse i prosjektet. Det var full åpenhet rundt alle undersøkelsene slik at alle var godt informert og kravene til informert samtykke ble ivaretatt. Det var ingen som reserverte seg mot deltakelse i prosjektet.

Det er såkalte strukturelle forskjeller mellom deltakerne og meg. Ikke bare med tanke på alder, utdanning og erfaring, men også med tanke på rollen som forsker. Det betyr at forholdet er asymmetrisk og vil følgelig påvirke dataene. Jeg forsøkte å redusere denne asymmetrien ved at jeg deltok som ambulansarbeider på lik linje med kollegene under ambulanseoppdragene samtidig som jeg observerte. Det vil si at jeg hadde fokus på ikke å ta initiativ under oppdragene, men gjorde de arbeidsoppgavene jeg fikk beskjed om å utføre. Videre forsøkte jeg å holde analytisk distanse som innebærer og ikke involvere eller identifisere seg for mye med respondentene. Man kan allikevel stille seg spørsmålet om noen følte seg presset i og med at alle sa ja til å delta i undersøkelsene? Min opplevelse var at ingen var direkte negative men forståelig nok var noen kanskje litt reserverte. De fleste var positive og nysgjerrige på hva det ville komme ut av dette prosjektet.

Relasjonen mellom deltakerne og meg har påvirket feltarbeidet. I kvalitative forskningsprosjekter vil denne relasjonen påvirke hva man ser og hva man får se.

---

<sup>7</sup> Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora

Balansegangen mellom nærhet og distanse kan være vanskelig i mange forskningsprosjekter. I mange tilfeller må forskeren etablere nærhet til sine informanter for å få innsikt. Men den nærhet en etablerer under selve forskningen kan erstattes med distanse under oppgaveskrivingen ved valg av genre, disponering og språk (Wadel 2006, Fangen 2010). Jeg opplevde også at den analytiske distansen ble bedre ved diskusjonene og veiledningen i arbeidsgruppen på høyskolen. Ved gjennomgangen og i diskusjoner av arbeidet med andre får man andre synsvinkler og testet holdet i egen argumentasjon.

Når det gjelder konfidensialitet er dataene i alle undersøkelsene er anonymisert og ingen data er av en slik art at den er utleverende eller inneholder sensitive opplysninger. Krav om konfidensialitet kan noen ganger komme i konflikt med det forskningsetiske kravet om etterprøvbarehet slik at andre kan vurdere om mine tolkninger holder på bakgrunn av empirien jeg har samlet inn i undersøkelsene. Datamaterialet i prosjektet er ikke av en slik art at det ikke vil komme i konflikt med kravet om etterprøvbarehet. Respondentene vil få eksemplarer av prosjektet tilgjengelig for lesning på ambulansestasjonen.

I denne delen av prosjektet er det gjort rede for forskningsdesignet og forholdene rundt forskningsprosessen. I den neste delen av prosjektet presenteres og drøftes empirien før prosjektets konklusjon legges fram.

## 4.0 Forskningsresultater

I dette kapitlet presenteres forskningsresultatene. I drøftingen og analysen av det empiriske materialet veksles det mellom å gjengi egen refleksjon og drøfte empirien i lys av teorier presentert i det foregående teorikapitlet. Sammenfatningen av empirien i denne undersøkelsen deles i to hovedtemaer, de organisasjonsmessige og relasjonelle forhold som har betydning for kunnskapsdelingen. Kapitlet avsluttes med en oppsummering og refleksjoner rundt ny innsikt og forståelse.

I drøftingen tas det utgangspunkt i prosjektets problemstilling.

*Hvordan kan kunnskapsdeling øke kompetansen hos ambulansesarbeidere?*

Problemstillingen er konkretisert i følgende forskningsspørsmål.

- ✓ Hvilke organisatoriske og relasjonelle forhold har betydning for kunnskapsdeling på arbeidsplassen?
- ✓ Hvordan legge tilrette for kunnskapsdeling på arbeidsplassen?
- ✓ I hvilken grad har egne holdninger og sosiale faktorer betydning for kunnskapsdelingen?
- ✓ Hva har kunnskapsdelingen å si for kvaliteten på arbeidet?
- ✓ Hvordan kan man ved å sette fokus på kunnskapsdeling øke læringen og gi bedre personlig og organisasjonsmessig utvikling?

Problemstillingen ble utledet med tanke på å se på sammenhengen mellom kunnskapsdeling og kompetanseheving og hvilken plass kunnskapsdeling har i det sosiokulturelle læringsmiljøet på arbeidsplassen. Forskningsspørsmålene ble utledet fra ulike teorier om læring i arbeid, men med mest vekt på Jørgensen og Warring sin modell for læring på arbeidsplassen, som har vært gjennomgående i prosjektet. Sammen med forskningsspørsmålene ligger dette til grunn for kapittelinnvidlingen i drøftingen. Begrepene i forskningsspørsmålene er brukt i kapitteloverskriftene for å gi struktur og lesbarhet. For å kunne besvare problemstillingen og for å ivareta respondentenes oppfatning og meninger om kunnskapsdeling er det valgt tre ulike kvalitative tilnæringer. Det er en triangulert undersøkelsesmodell som har gitt mulighet til å vurdere empirien fra ulike synsvinkler.



Analysen og drøftingen er strukturert i følgende to temaer.

- Organisatoriske forhold
- Relasjonelle forhold

I drøftingen tas det utgangspunkt i intervjuene. Det er beskrivelsene av respondentene sine meninger om organisatoriske og relasjonelle forhold som er grunnlaget for presentasjonen av det empiriske materialet. Empirien fra observasjonene og spørreundersøkelsen brukes for å understøtte og å supplere intervjuene. Noen steder gjengis respondentene sine utsagn før de fortolkes. Dette er valgt for å gi variasjon og leseren vil lettere kunne se grunnlaget for fortolkningene av intervjuene. Empirien blir presentert atskilt i ulike kategorier, men det er sentralt å påpeke at dette kun er et analytisk skille.

#### **4.1 Presentasjon av undersøkelsene og respondentene**

Analyse av kvalitative data innebærer å dele opp datamaterialet slik at empirien blir mer tilgjengelig og dermed lettere å fortolke. Hensikten med analysen i dette prosjektet er å utvikle en helhetlig forståelse av hvordan ambulansarbeidere deler kunnskap og erfaringer i arbeidssituasjonen. For å få til dette må forholdene avgrenses tilstrekkelig og helhetsforståelsen forutsetter både oversikt og innsikt. Prosjektets empiriske materiale er komplekst og det var viktig å avgrense det slik at det ikke ble for omfattende. Avgrensning av omfang og kompleksitet kan gjøres ved bruk av koding og kategorisering, men ikke så mye at man mister helhetsforståelsen.

I prosjektet er det lagt til grunn en hermeneutisk analysemodell som veksler mellom forståelse og forforståelse og mellom helhetsforståelse og delforståelse. Videre er det vektlagt en kontekstuell fortolkning. Det vil si at uansett hvilken analysestrategi som velges kan ikke fenomenet som skal analyseres forstås uten at det betraktes i forhold til konteksten den inngår i. Helhetlig forståelse innebærer ikke bare å beskrive alle aspektene ved fenomenet, men også å forstå hvilken mening de ulike aspektene har for fenomenet som helhet, og hvordan fenomenet som helhet gir mening i en enda større samfunnsmessig sammenheng (Grønmo 2007, Kvale & Brinkmann 2009).

Koding er en måte å bearbeide og sortere kvalitative data. I prosjektet ble de transkriberte intervjuene kodet. De samme kodene er brukt i observasjonene og i spørreundersøkelsen. Første trinn i kodingen av datamaterialet var å dele inn i kategorier. En kategori er en samling av fenomener med bestemte felles egenskaper. Det er definisjonen av de felles egenskapene som bestemmer hvilke fenomener som tilhører den spesielle kategorien. Hovedkategoriene av funnene i prosjektet er organisatoriske og relasjonelle forhold. Neste trinn var å utvikle begreper. Et begrep i denne sammenhengen er en betegnelse på en bestemt type fenomener. I forhold til kategorier kan et begrep være betegnelsen på de fenomenene som inngår i kategorien (Grønmo 2007). Begrepene som ble utviklet på bakgrunn av undersøkelsene er brukt i kapittelevverskriftene i drøftingskapittelet.

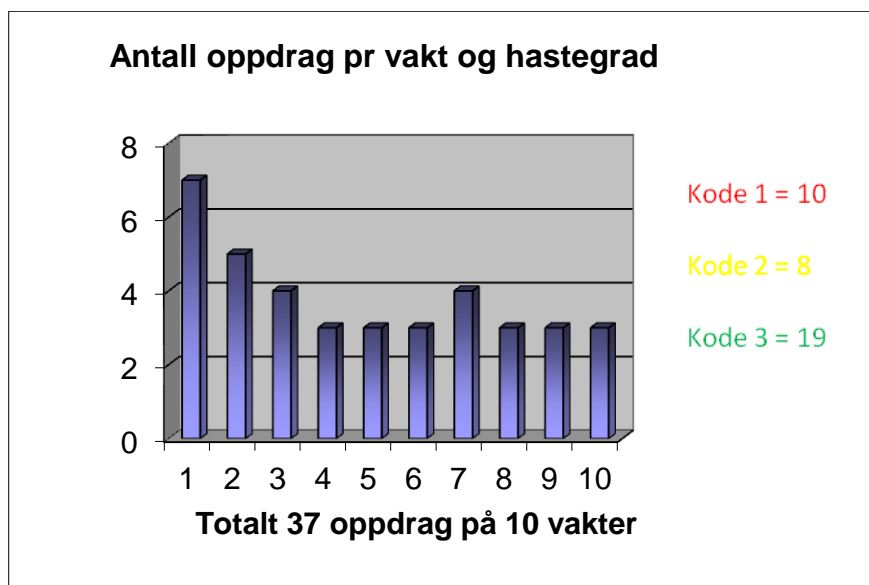
I denne delen av kapittelet følger en kort beskrivelse av undersøkelsene samt at respondentene presenteres før drøftingen i neste kapittel.

### **Observasjonsundersøkelsen**

Observasjonene foregikk på våren 2011. For å redusere forskereffekten var det et viktig poeng i observasjonene at jeg skulle være med på sykebilene som ambulansarbeider og delta i arbeidet på lik linje med kollegene samtidig som observasjonene ble utført. Det var full åpenhet om hvorfor jeg var med og hva jeg gjorde i tillegg til at jeg også utførte arbeidsoppgavene. Det ble gjennomført 10 observasjonsvakter med til sammen 37 ambulanseoppdrag. Alderen til de kollegene som ble observert var fra 22 til 51 år (37,6 i snitt) og ansiennitet varierte fra 2 til 31 år (15,5 i snitt). Fire av kollegene ble intervjuet senere i prosjektet.

Observasjonsskjemaet ble flittig brukt til notater underveis, men også rett etter oppdragene fordi jeg som regel satt alene bak i ambulansen på retur. Det ga rom for gode data og refleksjoner rundt observasjonene. Hensikten med observasjonsskjemaet var å hjelpe til med å holde fokus på og å undersøke de samme forholdene på hver vakt. Det øker empiriens validitet og reliabilitet. Observasjonsskjemaet ble utviklet på bakgrunn av forskningsspørsmålene og ligger vedlagt (vedlegg 4).

Tabell 1. Antall observasjonsvakter, oppdrag og hastegrad



Tabellen viser antall observasjonsvakter (10) med antall turer (37) og fordeling av kjørekodene. Kode 1 (10), kode 2 (8) og kode 3 (19). Årsaken til fargeinndelingen er at Norsk indeks for medisinsk nødhjelp<sup>8</sup> opererer med fargekoding av ambulanseoppdragene for tildeling av hastegrad. Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus avviker fra denne praksisen ved å bruke begrepet kjørekode og ikke fargekode. I praksis har det liten eller ingen betydning så lenge kodingen av ambulanseoppdragene gjennomføres konsekvent.

Det er i drøftingen gjengitt 6 konkrete observasjoner for å gi leseren innblikk og større forståelse for hvorfor det er viktig for ambulansarbeidere å dele kunnskap og erfaringer. Observasjonene er rammet inn for å skille de fra de øvrige dataene. Deltakende observasjon som metode går i hovedsak ut på at man beskriver det folk sier og gjør og får prøvd det de sier opp mot det man ser i ulike sammenhenger. Observasjonene medførte gode samhandlingsdata.

<sup>8</sup> Norsk index medisinsk nødhjelp brukes av AMK for blant annet tildeling av hastegrad til ambulanseoppdragene.

## Spørreundersøkelsene

Spørreundersøkelsene ble gjennomført fra mars til oktober 2011. Samtaler underveis i observasjonene ga et inntrykk av respondentene mente at de delte mer kunnskap enn det de egentlig gjorde. Det vil si om det de sa stemte med de observasjonene. For å belyse denne diskrepansen mellom samtale og observasjon ble det bestemt å gjennomføre en spørreundersøkelse. Det ble utviklet et spørreskjema som ambulansarbeiderne ved avdelingen svarte på (vedlegg 4). Totalt 6 kvinner og 18 menn, hvorav 2 lærlinger, besvarte spørreskjemaet.

**Tabell 2. Respondentene i spørreundersøkelsen**

<b>Alder</b>	20-29 år <b>6</b>	30-39 år <b>7</b>	40-49 år <b>8</b>	50-59 år <b>3</b>	Over 60 år	
<b>Ansiennitet</b>	1-4 år <b>3</b>	5-9 år <b>5</b>	10-14 år <b>7</b>	15-19 år <b>3</b>	20-24 år <b>2</b>	> 25år <b>4</b>
<b>Utdanning/ stilling</b>	Lærling <b>2</b>	Fagarbeider <b>10</b>	Paramedic <b>12</b>	Annen utd VG <b>4</b>	Annen utd Høgskole <b>5</b>	Annet <b>3</b>

Tabellen viser utvalget av respondenter ved ambulansestasjonen og deres alder, ansiennitet og utdanning. Tallene med **rød** skrift viser antallet respondenter i kategorien. I analysen av spørreskjemaene er det vurdert hvilken betydning faktorene har for kunnskapsdelingen. I drøftingen blir funnene i spørreundersøkelsen vurdert opp mot observasjonene og intervjuene.

For å få et større utvalg samt å validere svarene i spørreundersøkelsen ble det opprettet en referansegruppe ved ambulansetjenestens opplæringsssenter i Follo. Undersøkelsen foregikk parallelt med den andre spørreundersøkelsen og respondentene svarte på de samme spørsmålene (vedlegg 5). Blant disse ble 20 kvinner og 20 menn tilfeldig utvalgt til å besvare spørreskjemaene. Ingen reservert seg mot å bli med på undersøkelsen.

**Tabell 3. Respondentene i referansegruppen**

<b>Alder</b>	20-29 år <b>15</b>	30-39 år <b>19</b>	40-49 år <b>5</b>	50-59 år <b>1</b>	Over 60 år	
<b>Ansiennitet</b>	1-4 år <b>7</b>	5-9 år <b>12</b>	10-14 år <b>17</b>	15-19 år <b>3</b>	20-24 år <b>1</b>	> 25år
<b>Utdanning/ stilling</b>	Lærling <b>3</b>	Fagarbeider <b>14</b>	Paramedic <b>23</b>	Annen utd VG <b>4</b>	Annen utd Høyskole <b>8</b>	Annet <b>1</b>

Tabellen viser respondentene i referansegruppen fordelt på de samme utvalgsriteriene som i tabell 2. Respondentene er ambulansarbeidere fra hele populasjonen, det vil si hele ambulansetjenesten i Oslo og Akershus.

Spørsmålene i undersøkelsen vises sammen med resultatene i egne tabeller i teksten nedenfor og er gjengitt som gjennomsnitt. I spørsmålene ble respondentene bedt om å gradere svarene på en skala fra 1 – 10 hvor 1 er liten grad og 10 er stor grad. I alle tabellene nedenfor er det regnet ut gjennomsnitt ved å beregne summen av alle scorene i spørsmålene delt på antall deltakere. Scoret merket med **rød** skrift.

### **Intervjuundersøkelsen**

Materialet fra observasjonene og spørreundersøkelsen ble brukt til å utvikle en intervjuguide (vedlegg 2). Den ble brukt som rettesnor for å få til et strukturert intervju. Det var et sentralt poeng å ta opp igjen observasjonene samt resultatene fra spørreundersøkelsen og snakke om de i intervjuene. Respondentene i intervjuundersøkelsen var 2 kvinner og 2 menn. Respondentenes alder varierte fra 23 til 40 år. Alle har minimum 3 års arbeidserfaring i 100 % stilling i ambulansetjenesten. Den eldste har 17 års fartstid. De har jobbet som ambulansarbeidere i gjennomsnitt 11,3 år. Alle har fagbrev som ambulansarbeidere og 3 er utdannet paramedic.

Intervjuene varte fra 43 til 57 minutter og ble tatt opp på bånd. Det ble mye data etter at transkriberingen var foretatt. Alle intervjuene foregikk på samme sted og intervjuguiden fungerte etter intensjonene. Før selve intervjuet startet ble informantene informert om intervjuenes hensikt, innhold og form (vedlegg 1). Intervjuene ble innledet med å avklare begrepet kunnskapsdeling og hva respondentene la i begrepet, samtidig som vi snakket om hensikten med kunnskapsdeling. Etter innledningen ble samtalen styrt over mot de

organisatoriske og relasjonelle forholdene og intervjuguiden ble brukt mer som en sjekkliste for å være sikker på at alle forberedte temaer og spørsmål ble belyst. Intervjuene ble tatt opp på bånd for å sikre at verdifull empiri ikke skulle bli borte.

I det følgende presenteres respondentene og deres umiddelbare reaksjon på begrepet kunnskapsdeling.

Stine 23 år, fagarbeider for et år siden og har 3 års fartstid i ambulansetjenesten.

*”Jeg snakker egentlig med kollegene gjennom hele vekten”. Kunnskapsdelingen foregår både skriftlig og muntlig og den foregår over alt. I ambulansen, til og fra oppdrag, og på sykehus, sykehjem, legekontorer og ute på trafikkulykker osv. Jeg lærer mer når man deler erfaringer, og hva som fungerer eller ikke fungerer. Jeg gjør det (deler kunnskap), men tenker ikke så mye på hvorfor. Når jeg har gjort noe bra vil jeg gjerne dele det med andre”.*

Stina 35 år, paramedic og har 14 års fartstid på ambulansen.

*”Kommunikasjon med kolleger. Det dreier seg om oppdrag man har hatt eller skal ut på hvor man deler tidligere erfaringer. Jeg gjør det (deler kunnskap) automatisk, det er veldig naturlig for meg. Det er interessant og jeg føler jeg blir engasjert til å lære mer”.*

Stein 38 år, sykepleier og paramedic med 12 års ansiennitet.

*”Det er den uformelle praten rundt kaffebordet og på vei ut til pasienten. Jeg er glad i den uformelle kunnskapsdelingen, det er viktig å være på samme nivå som kollegene. Den formelle kunnskapsdelingen blir liksom ovenfra og ned. Det er viktig å få bekreftelse på at det en gjør er riktig. Det har noe med responsen og anerkjennelsen fra kollegene å gjøre. Det er tilfredsstillende å dele kunnskap”.*

Stian 40 år, paramedic med 17 års fartstid.

*”Det er slik man kommer seg videre, jeg blir jo aldri utlært. Man får gode holdninger og blir flink i yrket ved å dele kunnskap. Man må ha et faglig godt nivå. Dessuten er det morsomt å dele kunnskap. Det tilfredsstillende å se det jeg lærer bort virker samtidig som jeg lærer mye selv”.*

## 4.2 Drøfting av organisatoriske forhold

En av hovedfaktorene i Jørgensen og Warring sin modell omhandler de muligheter for læring som ligger i de materielle omgivelsene. De kaller dette det teknisk-organisatoriske læringsmiljøet (Illeris 2004b). I det følgende drøftes hvordan rammer for og organisering av arbeidet har betydning for kunnskapsdeling blant ambulansesarbeidere.

### 4.2.1 Rammebetingelser

Rammer med hovedvekt på tid og sted er to sentrale faktorer som har betydning. Under de 10 observasjonsvaktene tilbrakte vi omtrent halve tiden ute på oppdrag og halve tiden på stasjonen i beredskap. I beredskapstiden har man mulighet til å evaluere oppdragene og snakke sammen og dele erfaringer og kunnskap, og det vil ofte være flere ambulanser inne og følgelig flere kolleger samlet. Umiddelbart etter et oppdrag eller i ambulansen på vei hjem kan det være hensiktsmessig å evaluere oppdraget. Observasjonene viste at respondentene snakket mye sammen uavhengig av hvor de befant seg.

Stein sier at; *”Det er en god mulighet å dele kunnskap når man er i ambulansen på vei fra et oppdrag til et annet. Videre har man som regel tid mellom oppdragene, på ambulansestasjonen, eller så kan man ta en kort oppsummering i akuttmottaket, på sykehjemmet eller det stedet man leverer pasient”*. Respondentene mente at tidsfaktoren er viktig selv om at de mente at de hadde mindre tid på ambulansestasjonen nå enn før. Oppdragsmengden har økt kraftig de siste ti årene fra ca 75500 oppdrag i år 2000 til 123225 oppdrag i 2010. Respondentene mente at de allikevel har tid nok til kunnskapsdeling. Stina sa at *”Ja, vi rekker det alltid hvis vi vil”*.

Halvparten av respondentene i spørreundersøkelsen mente at de delte kunnskap ved vaktens begynnelse og under og etter oppdragene. Det betyr at den andre halvparten av respondentene ikke var så bevisst når og hvor kunnskapsdelingen foregår. Alle respondentene mente at de delte kunnskap på en eller annen måte. På spørsmål om hvilken betydning stedet kunnskapsdelingen foregår, mente tre av fire respondenter at stedet ikke hadde noen særlig betydning. Man deler når det er nødvendig så å si uansett lokalisasjon. Observasjonene bekrefter dette.

Etienne Wengers læringsteori om praksisfellesskap beskriver praksisfellesskap som grupper av mennesker som deler et felles engasjement for noe de arbeider med (2004). I 2010 rykket ambulansetjenesten i Oslo og Akershus ut på nesten 47000 akuttoppdrag, og det vil si at omtrent hvert tredje oppdrag man drar ut på er akutt. Når det gjelder betydningen av oppdragets kjørekode var ikke respondentene så samstemte. Responsen på spørsmålet varierte fra at krevende oppdrag krever mer kunnskapsdeling til at kjørekoden har liten betydning. Dette avviker fra observasjonene som viste at respondentene var mye mer fokusert på samarbeid og kunnskapsdeling på kode 1, og til dels på kode 2, enn på kode 3. Dette utdypes nærmere nedenfor. Observasjonene viste tydelig at konsentrasjon, fokus og kunnskapsdeling økte i takt med oppdragets alvorlighetsgrad.

Wadel sier at samarbeid, spesielt i små team, er basert på god kommunikasjon og et felles ansvar for å utføre arbeidsoppgaver (2008). I ambulansetjenesten jobber man alltid i små team bestående av to eller tre personer på hver ambulanse. Når man jobber i team så snakker man mye sammen og ved å øke fokuset på hva man snakker om kan man bli mer bevisst på kunnskapsdeling. Det krever mer å sette seg ned å snakke fag i beredskapstiden. Stein bekrefter Stina sitt utsagn om tidsfaktoren med å si at; *”Vi har tid til det vi vil”*. Det stemmer godt overens med observasjonene. Tre av fire respondenter i spørreundersøkelsen tillegger tidsfaktoren stor betydning. Men har tidsfaktoren egentlig det? Erfaringene er at den uformelle praten er i gang hele tiden. Det tyder på at tid ikke burde være noe problem, kanskje mer hvordan man bruker tiden. Det betyr at det er andre rammefaktorer som har større betydning enn tidsfaktoren. Dette drøftes nedenfor.

**Tabell 4. Rammer og kunnskapsdeling**

<b>I hvilken grad har rammer betydning for kunnskapsdelingen?</b>	<b>1 – 10</b>
Stedet kunnskapsdelingen foregår	5,1
Tiden du har til rådighet	7,5
Hvilke kolleger du er sammen med	8,7
Oppdragets art – Kode 1, 2 eller 3.	5,9

Tabellen viser spørsmålet i spørreundersøkelsen som omhandler i hvilken grad respondentene mener rammer har betydning for kunnskapsdeling. Som det fremkommer av svarene er det stor enighet om at kolleger har betydning for kunnskapsdeling. Kolleger kommer her også inn under kategorien rammer fordi man har liten eller ingen påvirkning i forhold til hvilken kollega en i turnus settes opp sammen med.



I tillegg endres makkersammensetningen ved sykdom, permisjoner, ferier, osv. Kollegenes betydning for kunnskapsdelingen drøftes ikke her men senere i fremstillingen under kategorien relasjonelle forhold.

Naturlig nok varierer oppdragsmengden fra vakt til vakt. Det hender faktisk at man opplever og ikke ha noen ambulanseoppdrag på en vakt, selv om det er sjelden. Gjennomsnittet ved Nordre Follo ambulansestasjon ligger på 6,7 oppdrag per døgn. Det betyr at tiden man har til rådighet vil variere mye. Dagbilen har et jevnere kjøregrunnlag, men med færre akuttoppdrag. Under observasjonsvaktene varierte kjøregrunnlaget fra 3 til 7 turer pr vakt. En observasjon var at kunnskapsdelingen blant ambulansearbeiderne økte proporsjonalt med antall oppdrag. Flere av respondentene mente at turnusarbeid også får betydning for kunnskapsdelingen. Når man jobber døgnvakt og er på jobb 24 timer så vil dagsform og tid på døgnet har innvirkning på hvor mye kunnskap man deler.

I utgangspunktet ble det valgt å gjøre observasjonene på dagbil fordi dagbilene sjeldnere har akutturer og det ville kanskje bli mer ro og tid til å observere. Videre ble det vektlagt at oppdragenes art ikke måtte kreve at observasjonene ble lagt til side. Imidlertid synes jeg at observasjonene ikke ble gode nok og det ble bestemt at observasjonene skulle foregå under akuttoppdrag. En umiddelbar konsekvens var at jeg ble en mer naturlig del av teamet og ble brukt som en ressurs og satt til å utføre pasientrelaterte oppgaver. En av respondentene sa at; *"Jeg tenker ikke på at du observerer"*.

## Observasjon 1.

I dag er jeg på jobb sammen med Per som er fagarbeider og Pål som er paramedic. Vi er akkurat ferdig med å sjekke ambulansen da det piper i personsøkerne og meldingen fra AMK lyder;

*”Ambulanse 271, kjørekode 1, feberkramper, gutt 1 år”.*

Vi reiser oss og går rett ut i bilen, Per kjører, Pål ved siden av og jeg bak.

På vei ut konsentrerer Per seg om kjøringen mens Pål snakker med AMK om de vet noe mer om pasienten samtidig som han assisterer kjøringen. Sammen vurderer de trafikkbildet og eventuelle faremomenter. Blålys og sirener er på og trafikken viker greit unna slik at utrykningskjøringen foregår så trygt som mulig.

De snakker sammen om oppdraget og deler tidligere erfaringer om feberkramper. *”Jeg har egentlig aldri sett selve feberkrampene”* sier Pål. *”Krampene har alltid vært over når vi kommer fram med ambulansen. Det vi som regel har med å gjøre er et par livredde foreldre og en unge som er sutrete og sliten”.*

Pål sier videre; *”Jeg tar det alltid på alvor allikevel fordi det kan være noe annet som feiler barnet. Jeg har opplevd mange ganger at tilstanden til pasienten ikke stemmer med meldingen fra AMK. Heldigvis er det som regel ikke så alvorlig som meldingen tyder på. Når vi kommer fram til adressen tar jeg meg av barnet, mens du vurderer egensikkerheten og hjelper meg hvis jeg trenger det”.*

Etter 12 minutter er vi framme på adressen og blir møtt av foreldrene. De står på trappen med barnet i armene slik de har fått beskjed om fra AMK. Pål tar moren og barnet raskt inn i ambulansen for å starte undersøkelsene, mens Per snakker med faren for å få eventuelle opplysninger om sykdommer og andre momenter som kan ha betydning for den videre behandlingen av barnet. Det viser seg at det er første gangen barnet kramper og de bestemmer seg for å dra til sykehuset.

Observasjonen fortsetter nedenfor.

Stina sa; *”Krevende oppdrag krever mer kunnskapsdeling. Vi snakker mye sammen på spesielle oppdrag. Det er viktig å støtte seg på makkeren sin”*. Hvert tredje oppdrag er et akuttoppdrag hvor pasientens liv kan være truet og observasjonene viste at under akuttoppdragene ble ambulansearbeiderne mer konsentrerte og hadde større fokus på arbeidsoppgavene og hvordan oppdraget skulle løses. Praten dreide seg mye mer om meldingen fra AMK, det vil si om sykdomstilstanden eller skadetypen og tidligere erfaringer med tilsvarende oppdrag. Videre ble det diskutert mer ambulanseoperative problemstillinger samt kjøretekniske utfordringer som kan oppstå under utrykningskjøring. Dette gjaldt også til dels på kode 2, som er mer vurderingsturer, hvor pasientens problemstilling ikke er så avklart som på kode 1.

Denne observasjonen var gjennomgående for alle respondentene og spørsmålet blir hva er det som gjør at de deler mer kunnskap under akuttoppdragene? På kjørekode 1 og til dels på kjørekode 2 tilsier oppdragets art en større alvorlighetsgrad hvor pasientenes liv og helse kan være truet. Det stiller naturlig nok større krav til ambulansearbeiderne selv om kvaliteten på utførelsen av oppdragene burde være den samme uansett kjørekode. En av årsakene kan være usikkerhet og utrygghet rundt oppdraget og ambulansearbeiderne ønsker derfor å hente støtte av kollegene for å være bedre rustet til å møte den akuttsituasjonen som man egentlig vet lite om. I tillegg ønsker ambulansearbeiderne å kvalitetssikre arbeidet fordi konsekvensene for pasienten åpenbart kan være store.

*”Kjørekoden har ikke så mye å si, vi snakker sammen uansett”* sier Stein. Observasjonene viste at på kjørekode 3 var det en mye mer rolig og avslappet holdning under oppdraget. Respondentene tok seg bedre tid før man gikk i ambulansen og snakket mye mindre om selve gjennomføringen av oppdraget. Et naturlig spørsmål blir da hvorfor deler ambulansearbeiderne mindre på kode 3, det vil si når alvorlighetsgraden er lavere? Kode 3 turene er preget av større forutsigbarhet rundt oppdraget. Det er naturlig å tenke at ved lavere alvorlighetsgrad så er oppdragene mer rutinepreget men det er viktig og ikke glemme at for pasienten er hver tur den viktigste selv om ambulansearbeiderne kanskje ikke får de helt store akuttmedisinske utfordringene. Stina sa at *”Egne holdninger har stor betydning. Måten man møter oppdragene på har mye å si for hvordan vi løser oppdraget. Er man negativt i utgangspunktet gjør vi en dårligere jobb. Vi måler effekten av det vi gjør med en gang, i møtet med pasienten”*.

Kontekst er utledet fra det latinske ordet *contextus* og betyr sammenveving. Konteksten beskriver omstendighetene rundt en hendelse eller en situasjon. Menneskers handlinger er kontekstavhengige og de er resultatet av samspillet mellom individet og dets omgivelser. Videre er kontekstavhengighet forankret i individets livsverden og gir svar ut i fra det folk forteller eller situasjonen de befinner seg i (Dysthe 2001, Säljö 2002).

**Tabell 5. Kontekst og kunnskapsdeling**

<b>I hvilken situasjon (kontekst) foregår kunnskapsdelingen?</b>	<b>1 – 10</b>
Ved vaktstart	5,7
Før oppdrag	4,6
Under oppdrag	5,7
Etter oppdrag	8,0
Mellom oppdragene (på stasjonen)	7,4
Ved vaktens slutt	4,2

Tabellen viser spørsmålet i spørreundersøkelsen som omhandler respondentenes mening om i hvilken kontekst kunnskapsdelingen foregår.

Observasjonene, sammen med spørreundersøkelsen viste at kunnskapsdelingen i hovedsak foregikk på vei ut til pasienten og ambulansarbeiderne snakket godt sammen underveis til sykehuset. Det foregikk mye samtale etter oppdraget var utført og mellom oppdragene. Ved vaktstart og ved vaktslutt var det lite dialog. Det var ingen oppsummering av vaktene og det var lite rapport til påtroppende vaktlag. Andre yrkesgrupper i helsevesenet samt politiet har overlapping av arbeidstid med rapport. Turnusteknisk vil det ikke være noe problem å legge inn overlapping av arbeidstid, men det vil få en økonomisk konsekvens.

### **Fortsettelse observasjon 1**

På vei inn til sykehuset sitter jeg foran med Per, mens Pål jobber med barnet og moren bak i sykekupeen. Vi kjører uten varsling inn til sykehuset. Underveis snakker ambulansarbeiderne sammen om tilstanden til barnet og om de tiltakene Pål iverksetter. Barnet er stabilt hele veien inn til sykehuset og det blir levert i mottakelsen sammen med moren. Faren skulle komme etter når han hadde roet seg litt ned. Per og Pål snakker sammen i bilen på vei tilbake. De diskuterer oppdraget og gir hverandre tilbakemelding.

Tilbake på ambulansstasjonen spør kollegene på den andre ambulansen om hvordan turen gikk. De er tre stykker på bilen i dag fordi de har med lærling. Lærlingen er veldig interessert fordi hun aldri har vært på feberkramper før. Hun får en innføring i de akuttmedisinske tiltakene i forhold til feberkramper samtidig som kollegene deler erfaringer fra tidligere oppdrag.

Praten rundt kaffebordet i vaktskiftet og når man tilfeldigvis samlet seg der i løpet av vekten var fremtredende, men det var ikke noe system på kunnskapsdelingen. Denne konteksten kan man se nærmere på og den kan kanskje utnyttes. Men for mye styring av kunnskapsdelingen kan gi negative effekter. I beredskapstiden skal man også slappe av og hente seg inn både fysisk og psykisk. I tillegg skal man ofte utføre internkontrollrutiner. Som eksempel kan nevnes vedlikehold av bil og utstyr samt klargjøring av ambulansen til nye oppdrag.

Undersøkelsene i prosjektet viste at rammene er viktige for kunnskapsdelingen. Rammene legger grunnen for arbeidskulturen og dermed også samhandlingen på arbeidsplassen. Disse momentene drøftes i neste kapittel.

## 4.2.2 Organisasjonskultur og samhandling

Et kjennetegn ved ambulansetjenesten er at ambulansearbeiderne utdanningsmessig tilhører to skoler. Den gamle skolen som har NOU76-kurset og siden fagbrev som privatist og de som har tatt utdanning etter Reform 94. Hva innebærer det at det er stor variasjon i læreforutsetningene blant ambulansearbeiderne? Først og fremst er det forskjell i faglig bakgrunn fordi de yngre har mye mer teori i utdanningen. De eldste vil naturlig nok ha mer erfaring. Det vil gi forskjellig grunnlag for å forstå for eksempel beskrivelser av kompliserte akuttmedisinske prosedyrer. En fordel vil være at de vil utfylle hverandre i utførelsen av arbeidsoppgavene, samt at de vil lære av hverandres ulike bakgrunn. Ulemper kan være at det oppstår to kulturer innad i bedriften, de med realkompetanse og de med formalkompetanse. Det vil kunne få betydning for arbeidsmiljøet, spesielt hvis det også medfører at grupperingene har ulik lønn. Tradisjonelt er helsevesenet er hierarkisk organisert med vanntette skott mellom profesjonene slik at tverrfaglig samarbeid vanskeliggjøres.

Wadel hevder at alle organisasjoner har en læringskultur i større eller mindre grad. Men det vil variere hvilke muligheter medarbeiderne har for læring og hvordan man utnytter læringsmulighetene som gis (2008). Respondentene ga uttrykk for at de trenger anerkjennelse fra ledelsen for den jobben de utfører. Stine sier at *"Man får oftest høre om det som er galt, og ikke det positive. En måte å imøtekomme dette på vil kanskje være at det skal "betale" seg å bli flink som for eksempel ved å få delta kurs og seminarer som er relevante for jobben. Når man får delta på kurs eller seminarer og får økt kunnskapsbasen sin, burde det bli obligatorisk å dele med kolleger når en kommer tilbake på jobb. Det er en fin måte å dele kunnskap på"*. Respondentene var tydelige på at man ofte trenger en "gulrot" i hverdagen som motivasjon, men til syvende og sist må man ha et ønske om å bli bedre.

## Observasjon 2

Denne vekten er jeg på jobb sammen med Pia og Pål.

Det piper i callingen og meldingen fra AMK lyder

*”Ambulanse 272, kjørekode 2, akutt psykiatri”.*

Vi reiser oss og går ut i bilen. På skjermen i bilen står det at vi skal hente en dame på 53 år med bipolar lidelse som skal tvangsinnlegges på psykiatrisk avdeling på sykehuset.

Legevaktslegen er på stedet og politiet er også på vei.

Pia kaller opp politiet på vei ut og får høre at de stiller med tre mann. *”Jeg har kjørt henne før”* sier Pia. *”Hun kan være ganske voldelig og har et fryktelig språk når hun ikke får viljen sin”*. På vei ut snakker de om hvordan de skal løse oppdraget. *”Vi går inn først uten politiet”* sier Pål *”Og så prøver vi å overtale henne til å bli med frivillig. Det er det beste både for pasienten og oss. Vil hun ikke må politiet ta henne med makt og det pleier å bli ganske ubehagelig. Vi må være forsiktige og opptre korrekt fordi vi ikke kan utøve makt ovenfor pasienten”*.

Når vi ankommer adressen venter politiet på oss og ambulansesarbeiderne blir enige med polititjenestemennene om hvordan de skal gå fram. Ambulansesarbeiderne går inn alene men kommer raskt ut igjen og ber politimennene om hjelp. Pasienten vil ikke være med ambulansen. Polititjenestemennene går inn og legger damen i jern og legger henne på båren. Hun roper og skriker og vil ikke være med. Situasjonen er ganske ubehagelig.

Vi tar damen inn i sykebilen og Pål setter seg bak sammen med pasienten. Han snakker vennlig, roer henne ned og prøver å få henne til å samarbeide. Hun får et valg. *”Hvis du samarbeider ber jeg politimennene fjerne håndjernene slik at turen inn til sykehuset blir mer behagelig for oss alle”* sier Pål. Det virker som om pasienten skjønner at hun ikke har noe annet valg enn å samarbeide og turen inn til sykehuset går uten videre dramatikk.

For å etablere en god læringskultur forutsettes det at læring verdsettes og prioriteres i organisasjonen. Læringskulturen blir da et sted der medarbeidere kontinuerlig oppdager hvordan de skaper sin egen virkelighet (Senge 2006). Arbeidsgiver har ansvar for kurs, økonomi, og tilrettelegger kun formelle fora som fagcamp, temadager og resertifisering. Respondentene var enige om at arbeidsgiver kunne tilrettelegge mer i forhold til kunnskapsdeling. Noen mente at man for eksempel trenger bedre og mer utstyr. To av respondentene mente at fysiske fasiliteter ikke har så stor betydning. *”Dokka” (treningsdukke for HLR) ligger jo framme men blir jo ikke brukt så mye allikevel. Å ha trening på eget rom er ikke bedre. Skal man øve på utstyr må det ligge framme slik at man blir minnet på det hele tiden”,* sier Stina.

Dette er ikke bare arbeidsgivers ansvar. Respondentene uttrykte at holdningene til egentrening har endret seg og at de øver prosedyrer sjeldnere enn før. Utsagnet *”Vi er dårlige på å innrømme at vi er dårlige til å øve”* er et uttrykk for at man ser behovet men kanskje ikke har kapasitet i hverdagen til å gjennomføre egentrening. I spørreundersøkelsen, på spørsmålet om i hvilken grad respondentene opplevde at arbeidsgiver tilrettelegger for kunnskapsdeling var spriket stort. Denne diskrepansen har trolig sammenheng med ambulansetjenestens satsning på den nyetablerte fagcampen. Den ble introdusert mens spørreundersøkelsen pågikk og har fått meget god respons blant ambulansarbeiderne slik at de som hadde gjennomført fagcampen sannsynligvis svarte annerledes enn de som ikke hadde gjennomført.

Respondentene hadde et divergerende syn på i hvilken grad arbeidsgiver skal gå inn å styre. Stein sa at; *”Arbeidsgiver kan ”tvinge” eller pålegge oss rutiner for egentrening. Det ligger i arbeidsgivers styringsrett. Men jeg synes det er lurere å motivere istedenfor å pålegge. Arbeidsgiver kan sette mer fokus på kunnskapsdeling, introdusere nye og spennende temaer, samt det som er nødvendig for å holde seg faglig oppdatert. Ansvar for å holde seg faglig oppdatert er personlig, men arbeidsgiver bør absolutt tilrettelegge. Hvis det for eksempel blir etablert en form for logg eller vaktprotokoll så må man innom å lese denne hver dag”*.



To av respondentene mente at de ikke trenger mer press fra arbeidsgiver, og at man burde egentlig ha nok egeninteresse i å holde deg faglig oppdatert. Respondentene var tydelige på at når man først skal øve må man øve på reelle og aktuelle situasjoner og at man i dag øver for mye på situasjoner som man sjelden eller aldri får brukt for. Det kan kanskje være hensiktsmessig å gjøre en undersøkelse blant ambulansesarbeiderne i tjenesten for å kartlegge behovet for opplæring. En av de største utfordringene for organisasjoner er å utnytte den kunnskapen som allerede er i organisasjonen i form av taus kunnskap, eller kunnskap om hvordan ting gjøres i praksis (Wenger 2004, Senge 2006, Nonaka 2009).

Stine sa at; *”Det er viktig å lytte til de yngre selv om de ikke har den store erfaringsbasen ennå. Det er de som har den ferskeste kunnskapen”*. Det er et krav i ambulansetjenesten at det alltid skal være minst en paramedic på hver ambulanse. Det betyr at det ofte er en erfaren og en ikke fullt så erfaren ambulansesarbeider jobber sammen. Paramedic har veiledningsansvar når det er med lærling under ambulanseoppdragene. Med tanke på læring og deling av erfaringer og kunnskap, kan det være hensiktsmessig variere makkersammensetningen. Nye medarbeidere tilfører organisasjonen ny kunnskap og andre typer erfaringer. Lærlingene har også ny kunnskap, stor motivasjon og nye ideer. Nye øyne kan være en inspirasjon og motivasjon for de mer erfarne ambulansesarbeiderne for å holde seg faglig à jour. Dette potensialet kan kanskje utnyttes bedre.

Sosiale medier har blitt en fremtredende kommunikasjonsform i dagens samfunn. Ambulansetjenesten har som tidligere nevnt en egen hjemmeside kalt Ambulanse1, men den blir lite brukt i direkte kommunikasjon mellom ambulansesarbeiderne. I rapporten «Politiet mot 2020» (Politidirektoratet 2008) fremheves hver enkelt medarbeider sin unike kunnskap som en kjernefaktor i politiets virksomhet. En del av rapporten vies til kunnskapsdeling via sosiale medier. På bakgrunn av dette omhandler et av temaene i intervjuene ambulansesarbeidernes tanker rundt bruk av sosiale medier.

Et av spørsmålene i intervjuene var om respondenten vil bruke sosiale medier for å dele kunnskap. Flere av respondentene var usikre på om de ville bruke en eventuell wiki eller blogg som verktøy for kunnskapsdeling i avdelingen. En av respondentene uttrykte at han kanskje ville bruke sosiale media hvis det blir populært og flere bruker det. *”Jeg kan godt bruke elektroniske medier for kunnskapsdeling, men da må det skje noe”*, sa Stina. *”Det må være en utvikling og flere må delta. Jeg må ha noe igjen for det.*

*Husk at ambulansetjenesten er stor og hvis alle skal dele med alle kan det fort bli for stort og uoversiktlig. Det må settes krav til både utformingen og innholdet i en eventuell blogg. Det kan ikke være for ”chattepreget” eller for akademisk. Med en så stor ambulansetjeneste som ambulansetjenesten i Oslo og Akershus er det viktig å tenke på hva som er lokalkunnskap i forhold til felles kunnskap som er til nytte for hele tjenesten. En av de andre respondentene sa; ”Tviler på om jeg vil det (bruke wiki eller blogg), kanskje. Jeg er egentlig ikke så god på PC”. Dersom ambulansetjenesten skal bruke sosiale medier i større grad vil det kreve opplæring slik at alle ambulansarbeiderne får mulighet til å delta.*

**Tabell 6. Organisasjon og kunnskapsdeling**

<b>Organisasjon</b>	<b>1 – 10</b>
I hvilken grad opplever du at arbeidsgiver tilrettelegger for kunnskapsdeling?	3,9
I hvilken grad vil du bruke en wiki/blogg eller annen form for sosiale medier hvis det blir laget for bruk i ambulansetjenesten?	5,5

Tabellen viser spørsmålet i spørreundersøkelsen som omhandler i hvilken grad organisasjonsmessige forhold har betydning for kunnskapsdeling.

På spørsmålet om i hvilken grad respondentene vil bruke en wiki eller en blogg var en umiddelbar refleksjon at alderen har betydning. De yngre var mer positive. De to kvinnene i intervjuene var mer positive enn mennene. *”Ja, man kan kanskje bruke Ambulanse1, men jeg er litt usikker, det blir kanskje for mye tiltak i hverdagen”* sier Stina. *”Jeg vil heller snakke sammen. Man kan kanskje dele formelle og noen praktiske ting på nettet, men man mister en dimensjon nemlig det personlige forholdet. Kommunikasjonen med kollegene blir best når man fysisk er sammen. Jeg tror mer på situasjoner hvor man er ansikt til ansikt”*. I ambulansefaget har erfaringsdeling også en annen viktig hensikt og det er å lette litt på trykket ved å sette ord på belastende hendelser. Videre er det viktig å ta vare på det kollegiale. Det kan kanskje bli borte ved overdreven bruk av sosiale medier. Det er lite litteratur og forskning på området. Teamet kunnskapsdeling via sosiale medier kan være gjenstand for videre forskning.

Dette kapittelet handlet om hvordan organiseringen av arbeidet gir rom for samhandling og utvikling av organisasjonskulturen på arbeidsplassen. I neste kapittel skal vi se på hvordan læring og kunnskapsdeling påvirkes av organiseringen av arbeidet.

### 4.2.3 Læring og kunnskapsdeling

Jørgensen og Warring viser i sin modell sammenhengen mellom ulike læringsmiljøer og medarbeiderens læringsforløp. Videre skiller de mellom de muligheter for læring som ligger i de materielle og de sosiale omgivelsene. Læringsmiljøene utgjør rammene for læringen men det er i samspillet mellom den enkelte medarbeider og læringsmiljøene selve læringen foregår (Illeris 2004b). Det viser at både arbeidskulturen på arbeidsplassen og arbeidstakerens læreforutsetninger har betydning for ambulansearbeidernes læring og i dette kapittelet analyseres og drøftes disse to kategoriene.

Cato Wadel sier at kunnskap påvirkes rasjonelt. Det vil si at den lærdom og kunnskap vi bringer videre ikke helt er den samme som vi mottok fordi den er påvirket av tidligere kunnskaper og erfaringer vi bringer med oss (2008). Det sosiale læringsmiljøet omhandler ulike fellesskaper, som arbeidsfellesskap, kulturelt fellesskap og hvordan det sosiale miljøet på arbeidsplassen påvirker mulighetene for læring. Læringsforløpet relaterer seg til medarbeiderens utdanning, arbeidserfaring og sosial bakgrunn. Det er viktig å se sammenhengene mellom de ulike faktorene fordi de gjensidig påvirker hverandre (Illeris 2004b). Det at ambulansearbeiderne har ulike læreforutsetninger gir en del utfordringer, men samtidig mange muligheter idet mangfoldet i ambulansearbeidernes ulike bakgrunn gir rom for utvikling både på det personlige plan og i samspillet med kollegene.

*”Egentlig gjør jeg alt for lite for å invitere til kunnskapsdeling”* sier Stein. Det er representativt for de andre respondentene også. *”Man tenker ikke så mye på det, man bare deltar når kunnskapsdelingen skjer. Noen prøver å bidra i samtalene med kollegene og å prate i bilen etter oppdragene. Det er viktig å dele både negative og positive erfaringer”*. Stein mener videre at man bør ha en kultur for kunnskapsdeling i bedriften, fordi dette er en måte å lære på som han synes blir alt for lite vektlagt i organisasjonen. Stine sier; *”Jeg vet at det er jeg selv som har ansvaret for å holde meg faglig oppdatert. Det står til og med i Helsepersonelloven. Jeg skjønner at det er når jeg er sammen med kollegene læringen skjer og at jeg må delta aktivt for å kunne dele kunnskap. Kunnskapsdeling er ikke noe som bare skjer av seg selv”*. Hver enkelt medarbeider har et ansvar for at læring, kompetanseutvikling og kunnskapsdeling fremmes. Det er på arbeidsplassen, blant kollegene at kunnskapsdelingen skjer og selv om arbeidsgiver har ansvar for å tilrettelegge, har hver enkelt arbeidstaker ansvar for å følge opp og å delta i kunnskapsdelingen når

denne skjer. Det forutsetter at man forstår hva sammenhengen mellom en kultur for læring innebærer og hva den enkelte må gjøre for å bidra til utviklingen av en lærende organisasjon (Wadel 2008).

Observasjonene viste at det var forskjeller i kunnskapsdelingen blant ambulansarbeiderne. De eldste ambulansarbeiderne tok ordet oftere, men delte nødvendigvis ikke noe mer kunnskap for det. Videre delte de eldste like mye med en som var like gammel som en som var yngre. Dette avviker litt fra den tradisjonelle teorien om mesterlære hvor den eldre snakker og den yngre lytter. Det er rimelig å anta at yngre ambulansarbeidere har et større behov for informasjon og støtte, og vil trenge et bredere spekter av kunnskapsdeling. Observasjonene viste at de yngre ambulansarbeiderne også fikk slippe til med sine erfaringer, men kanskje mer på oppfordring. De yngre tok ikke initiativ til å dele kunnskap så ofte selv. Det har noe med kulturen på arbeidsplassen å gjøre og det er rimelig å anta at de ulike ambulansestasjonene i tjenesten har ulike kulturer for samspill og læring.

### Observasjon 3

I dag skal jeg være med dagbilen sammen med Per og Pål. Denne morgenen er det mange som møtes rundt kaffebordet i vaktskiftet. Fem som skal på døgnavakt (det ene vaktlaget har med lærling) og oss tre på dagbilen. Petter som har jobbet i natt kommer ned fra soverommet. Pia spør om hvordan natten har vært og dermed er praten i gang. Det har vært en husbrann tidlig på natten og begge ambulansene har vært ute på oppdraget.

*”På vei ut er det helt forferdelig” sier Petter. ”Når vi rykker ut på husbrann er de første minuttene ganske hektiske. Vi fikk melding om at det bor fem personer på adressen men vi visste ikke hvor mange det var inne i huset eller om noen hadde kommet seg ut”.*

*”Det er kaotisk på skadestedet når vi kommer fram. Det er masse mennesker; brannmenn, politi, samt de evakuerte fra husene og ikke minst alle skuelystne. Jeg måtte være ”leder ambulanse” fordi jeg var den på ambulansen med lengst erfaring. Det er et stort ansvar å lede den akuttmedisinske innsatsen. Vi er i staben til innsatsleder. Det er alltid politiet som har det overordnede ansvaret ved slike hendelser”* fortsetter han.

*”Heldigvis var det bare en voksen person som ble sendt til Ullevål med moderate røykskader, men huset brant helt ned og familien mistet alt de eide. Den andre ambulansen er der enda som sikring for brannmennene som driver med etterslukking”.*

Vi snakket om denne hendelsen i over 30 minutter før dagbilen ble sendt ut på vaktens første oppdrag.

Stine sier at; *”Vi gjør det mer (deler kunnskap) enn man tror, men vi tenker ikke så mye over det”* I Stortingsmelding 30 står det at man lærer i alle situasjoner som oppstår, og spesielt når individet selv ser behovet for utvikling av ferdigheter og kunnskaper. Man lærer i alle sammenhenger, både bevisst og ubevisst. Ikke bare på skoler og i utdanningsinstitusjoner, men også i arbeidslivet og fritiden. Stian bekrefter også dette med å si at; *”Jeg synes jeg deler kunnskap hele tiden, både før, under og etter oppdrag”*. Dette er et uttrykk for at kunnskapsdelingen egentlig foregår hele tiden, mer eller mindre bevisst. Både spørreundersøkelsen og observasjonene understøtter dette.

På vei ut til oppdraget dreier dialogen seg i hovedsak om tanker rundt oppdraget og man diskuterer hvordan oppdraget skal løses med tanke på både medisinske og ambulanseoperative problemstillinger. Observasjonene viste at ambulansearbeiderne svært ofte brukte erfaringer fra tidligere oppdrag når de delte kunnskap under oppdrag. Eksempler på dette er; *”Sist jeg var på hjertestans hadde vi problemer med å feste klebeelektrodene”, ”Når vi kommer til svingen før Nærevannet må du passe på for der var det veiarbeid tidligere i uken”, ”Når vi kommer til akuttmottaket på Ullevål har de flyttet obsposten lenger ned i gangen.”*.

Stein bekrefter dette. *”Vi snakker om tidligere erfaringer fra liknende oppdrag, samt de ambulanseoperative utfordringene oppdraget gir. Det er mest kunnskapsdeling ved spesielle oppdrag og det er viktig å støtte seg på makker. Vi diskuterer fag og symptomer basert på oppdragsmeldingen som ligger på PC’en i bilen når vi får oppdraget”*. Dette er i tråd med respondentene sine uttrykk for at det er lettere å dele kunnskap på grunn av arbeidets relevans og praksisnærhet til kunnskapen. Dette stemmer godt med observasjonene og responsen i spørreundersøkelsen. Ambulansearbeiderne er avhengige av å diskutere oppdraget på vei ut med tanke på hvilket utstyr og hvilken arbeidsfordeling oppdraget krever.

I forhold til praten rundt kaffebordet mente respondentene at de er flinke til å prate om oppdragene og at de viser stor interesse og stort engasjement. I spørreundersøkelsen scoret de seg selv relativt høyt på dette spørsmålet. Ambulansearbeiderne bryr seg om kollegene og har et godt miljø og mye humor. De deler personlige erfaringer sammen med den kunnskap de har på området. Både det som har fungert bra, men også det som gikk dårlig. *”Det er viktig at man gir av seg selv”* sier Stein. *”Når man er med å dele deler man også personlige ting og ikke minst holdninger”*. Derfor er kultur og miljø viktige faktorer for kunnskapsdelingen. Videre sier han at *”Mange kolleger i ambulansetjenesten har et bredt erfarings og kunnskapsområde. De deler erfaringer fra andre jobber og yrker slik at man får inn tverrfaglighet”*. Det er svært vanlig at ambulansearbeidere er ute på oppdrag sammen med de andre nødetatene og det ligger i jobbens natur at man hele tiden samarbeider med andre grupper innen helsevesenet. Man får kunnskap og erfaring fra andre yrkesgrupper som man tar med seg til fremtidige oppdrag. Kunnskapsdelingen blir dermed en spiral som aldri egentlig tar slutt.

#### Observasjon 4

I dag er jeg på dagbilen med Pernille og Pia som er lærling.

Det piper i callingen og vi får meldingen;

*”Ambulanse 273, kode 2 akutt abdomen”*

I pc'en i ambulansen leser vi at vi skal til en dame på 83 år med akutte magesmerter. Det er hjemmesykepleien som har ringt etter ambulanse og de er på stedet og åpner for oss. På vei ut forbereder Pia og Pernille seg mentalt ved at de diskuterer arbeidsfordelingen og hvilket utstyr de skal ha med seg. Pernille forteller at akutt abdomen er den vanligste innleggelsesdiagnosen på sykehus og at det er mange differensialdiagnoser til denne tilstanden. *”Det betyr at vi må være åpne for det meste og undersøke damen godt”*.

Pia og Pernille går inn først og damen utbryter; *”Neimen, kommer det to jenter”*. Pia tar henne i hånden, hilser og setter seg ned ved siden av henne og starter undersøkelsene. Umiddelbart virker ikke den gamle damen så dårlig, men mer redd og engstelig. Hun er blek og litt smertepåvirket og forteller at hun er redd for å være alene og sover dårlig på

natten. Damen har ingen pårørende her, men en sønn i Tromsø som hun snakker med en gang i uken. Hjemmesykepleien ser til henne tre ganger i uken.

Pia undersøker pasienten og Pernille hjelper til med det praktiske. De måler vitalia som puls og respirasjon samt at de tar blodtrykk og EKG som sammen med sykehistorien utgjør grunnlaget for den videre håndteringen av pasienten. Alt dokumenteres i transportjournalen. Pia og Pernille bruker god tid, snakker sammen og kommuniserer godt med damen. De får fram et lite smil. Pernille holder henne i hånden og sier at *”Vi skal ta godt vare på deg, vi drar ikke herfra uten at du har fått hjelp”*.

Til slutt konfererer de med vakthavende lege og etter en totalvurdering blir de enige om at damen skal legges inn på sykehuset. Innkjøringen til sykehuset går greit og Pia som har sittet bak sammen med pasienten får en god klem når damen leveres i mottakelsen.

Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus prøver å ta inn ca 30 lærlinger i året og er dermed en stor lærlingebedrift i landssammenheng. Et trekk ved læring i et praksisfellesskap slik som ambulansetjenesten, er at læring skjer ved kontakt og interaksjon med både fagarbeidere og lærlinger. Dette kan føre til utvikling av nye perspektiver og gi god læring fordi læringen er situert og knyttet til konteksten læringen foregår i. Læringsituasjonen er en viktig arena for kunnskapsdeling og spørsmålet blir om eller hvordan den kan utnyttes bedre. Kan man identifisere og bevisstgjøre hvilke faktorer som virker inn og overføre disse faktorene til situasjoner i det daglige arbeidet?

I neste kapittel drøftes det andre empiriske hovedtemaet.

### 4.3 Drøfting av relasjonelle forhold

Arbeidets innhold, hvordan arbeidet er organisert og hvilke teknologi som benyttes er det Jørgensen og Warring kaller det teknisk-organisatoriske arbeidsmiljøet. Det får betydning for utvikling, vedlikehold og deling av kunnskaper. I det følgende drøftes det hvordan læring gjennom felles oppgaver skaper relasjoner, samt viktigheten av relasjonene mellom ambulansesarbeiderne i et yrke med relativt stor grad av emosjonelle og mentale påkjenninger.

Knud Illeris hevder at den kognitive læringsevnen øker med alderen, mens læringskapasiteten avtar, selv om det er rimelig å anta at dette vil variere fra person til person. Voksne mennesker lærer forskjellig når man tenker på læringsstiler, men også med tanke på aldersforskjeller, kjønnsforskjeller og etnisitet. Dette flettes sammen til et mangfold av faktorer som kan være vanskelig og utfordrende å forme i et felles utdanningsforløp (2004a). Kunnskaps og erfaringsdeling kan bli en del av et større hele, som for eksempel en del av organisasjonens kompetanseplan eller lignende. Det ligger mye ressurser i arbeidstakernes erfaringer som kan være en kilde til læring. Ikke bare for den enkelte, men også for hele organisasjonen. Derfor er det sentralt å jobbe med holdninger og motivasjon og stimulere ambulansesarbeiderne til å ta ansvar for egen læring og utvikling.

#### 4.3.1 Holdninger og sosiale faktorer

Dette kapittelet handler om hvordan holdninger og sosiale faktorer har betydning for deling av kunnskap blant ambulansesarbeiderne.

En organisasjonskultur dannes og utvikles blant annet på grunnlag av felles verdier, normer, holdninger og forventninger som knytter medarbeidere sammen på en arbeidsplass (Illeris 2006). *”Det koster ikke noe å dele”* sier Stina. *”Det finnes egentlig ikke noe hinder for kunnskapsdeling.* Hun mener at også negative erfaringer har god læringseffekt og når hun prøver å snakke om disse opplever hun ofte at kolleger har vært i tilsvarende situasjoner og gjort liknende erfaringer. Respondentene uttrykker at det er godt å snakke om disse erfaringene og de opplever god støtte fra kollegene. Stina sier videre at; *”Jeg har aldri fått negative tilbakemeldinger fra kolleger når jeg har åpnet meg og fortalt hva jeg har opplevd.*



*Veldig ofte kommer det humor inn i bildet slik at stemningen løses litt opp og det blir litt lettere å utlevere seg selv". Dette tyder på at man har en støttende kultur på ambulansestasjonen. Arbeidsmiljøet og kulturen for kunnskapsdeling og læring må tilrettelegges fra ledelsen, skapes av arbeidstakerne og må være basert på trygghet.*

Vygotsky er kjent for begrepet "Den proksimale utviklingssone" hvor forskjeller i individers kunnskaper og forutsetninger er grunnlag for bevegelse i utviklingssonen og der den mer erfarne og kompetente veileder den mindre kompetente (Illeris 2004a). Slik vil det også være blant ambulansearbeidere selv om yngre arbeidstakere ofte har mye å bidra med. Respondentene var samstemte i at egentrening med både teori og praksis er viktig. Det å lære sammen med andre kan bli mer formalisert. I undersøkelsene gir respondentene uttrykk for at det er en god måte å lære på. Samtidig som man øver og blir god på praktiske prosedyrer, styrker også egentrening samholdet blant kolleger. Man blir trygg på hverandre og vet hva kollegene kan når man skal ut på reelle situasjoner. Mer trening på praktiske prosedyrer når man er på jobb og kanskje med et eget godt utstyrt rom tilrettelagt for trening på akuttmedisinske prosedyrer ville økt motivasjonen for å lære. I dag er det ikke noe krav om å øve praktiske prosedyrer.

#### **Observasjon 5**

I dag skal jeg være med Per som er paramedic og Pia som er lærling på andre året. Per tar med seg lærlingen ut i garasjen for å sjekke ambulansen. *"Å sjekke bilen og utstyret er noe av det viktigste vi gjør ved begynnelsen av ambulansetjenesten. Det er lovpålagt å sjekke at ambulansen er i forskriftmessig stand. Dessuten er det viktig for meg å vite at bilen er i orden og at alt utstyret er på plass. Det er slik vi kvalitetssikrer arbeidet vårt"* sier Per. *"Når vi har sjekket bilen og utstyret skal vi vaske ambulansen innvendig og utvendig. Det er ikke bare av hygieniske grunner, men det er viktig at bilen ser ordentlig ut fordi vi representerer sykehuset utad. Vi er ofte pasientens første møte med helsevesenet og derfor må både ambulansen og uniformen se ordentlig ut".*

Observasjonene viste at det til tider ble delt mye frustrasjoner og det kan gi negativ holdning fordi det er sammenheng mellom trivsel og jobbutførelse. Begrepet holdningsslitasje har dukket opp de siste årene i forbindelse med innsatspersonell og arbeid i stressende og utsatte situasjoner. Det gjør noe med deg å jobbe i stressede situasjoner og

det påvirker holdningene dine. Holdningsslitasje som fenomen har vært forsket på og det har vært et tema i mange år i politiet og fengselsvesenet (Hasås & Lønnå 2007). Dette fenomenet bør sees på i ambulansetjenesten også. Dersom man kun snakker om de negative erfaringene vil man kanskje etter hvert slutte å dele fordi det oppleves negativt. Det blir viktig å holde på det gode, selv om det er mye erfaring og mye læring i ambulanseoppdrag som ikke går så bra.

Undersøkelsene viste videre at holdningene til kunnskapsdeling har betydning. *”Man må henge seg på og må bidra med og ta tak i egne erfaringer. Det er en god kultur for erfaringsdeling hos oss”* sier Stein. Han gir allikevel uttrykk for at mange unge arbeidstakerne har en annen holdning til arbeidet. De mangler på en måte den gode gamle idealismen. Hva kan gjøres for å opprettholde idealisme og motivasjon? Stina følger opp med at; *”I de siste årene har det blitt slik at vi rykker ut på så mange unødvendige oppdrag. Det medfører at man mister motivasjonen. Mange er nok usikre og utrygge på seg selv og de tør ikke si noe fordi man tror man ikke er flink nok. De er redd for å dumme seg ut.* Dette viser at holdninger og motivasjon er viktige faktorer for kunnskapsdeling på arbeidsplassen.

**Tabell 7. Holdninger og kunnskapsdeling**

<b>På en skala fra 1- 10 hvor 1 er i liten grad og 10 er i stor grad.</b>	<b>1 – 10</b>
I hvilken grad synes du at du selv deler kunnskap og erfaringer med kolleger?	7,0
I hvilken grad har kunnskapsdeling hatt betydning for din faglige utvikling?	8,2
I hvilken grad har kunnskapsdeling betydning for utførelsen av ambulanseoppdragene?	7,9
I hvilken grad synes du rent personlig der er viktig å dele erfaringer og kunnskaper med kolleger?	9,2

Tabellen viser spørsmålet i spørreundersøkelsen som omhandler respondentenes erfaringer med og holdninger til kunnskapsdeling.

Alle respondentene mente at det å dele erfaringer med kolleger er viktig og at denne delingen hadde hatt stor betydning for egen faglig utvikling. Men når de vurderte i hvilken grad de selv deler kunnskap så var de ikke så tydelige. Dette stemmer med observasjonene, det vil si at ambulansearbeiderne ikke deler så mye kunnskap som det de sier at de gjør og som de kunne ha gjort. Her ligger et potensial for utvikling. Dette viser at ambulansearbeiderne kan ta et større ansvar og at de selv ser at de kan bli bedre på dette området. Videre bekrefter respondentene i spørreundersøkelsen at kunnskapsdeling har stor betydning for hvordan man

utfører ambulanseoppdragene. Det høyeste scoret i undersøkelsen kom på spørsmålet om viktigheten av å dele kunnskap og erfaringer med kolleger. Spørsmålet blir da hvordan man kan utnytte denne store motivasjonen til å få ambulansesarbeiderne til og dele mer og kanskje mer målrettet?

Senge sier at det er interessant å se på sammenhengen mellom personlig mestring og organisasjonsmessig læring. Han peker på de gjensidige forpliktelsene mellom individ og organisasjon og det spesielle miljøet en finner i en bedrift med lærende mennesker (2006). Respondentene formidler at de har erfart at økt kunnskap gir lyst til å lære mer. Stina sier; *”Kunnskap avler kunnskap. Man kan godt sette fokus på læring, men folk må skjønne det selv, de må bidra og være aktive. Man må ta ansvar for egen læring. Arbeidsgiver må bidra med positive rammer. Kunnskapsdelingen må være motiverende og det skal være morsomt, man må få noe tilbake. Det kan godt være uformelt”*. Et konkret forslag er at man innfører dagens, ukens eller månedens tema som man må sette av tid til å fokusere på og jobbe med. Stein sier; *”Mulighetene er der, vi må ta tak i dem”*. Dette utsagnet kan være et uttrykk for at ambulansesarbeiderne er villige til å dele men kanskje trenger litt ekstra motivasjon for å komme i gang.

I et sosiokulturelt perspektiv er kulturen dynamisk slik at det i ulike samfunnsmessige virksomheter blir utviklet redskaper som flytter grensene for vår intellektuelle og praktiske yteevne. Dette medfører økte krav til hva individene skal kunne (Säljö 2002).

Respondentene bekrefter at de opplever at kravene har blitt større de siste årene og det er i seg selv en motivasjon for å holde seg faglig oppdatert. Samtidig var de enige i at motivasjonen også ligger i at de har et ønske om å gjøre en god jobb. Kravene til ambulansesarbeiderne øker, samt medias stadig mer pågående interesse gir økt behov for kunnskapsdeling. Derfor blir engasjerte, motiverte og dyktige medarbeidere viktig og det er sentralt å utvikle gode holdninger til egen læring og utvikling.

Dalin hevder at kunnskapsdeling og erfaring vil være grunnleggende for å oppnå suksess der menneskelige relasjoner står sentralt (2004). Wadel påpeker at aktelsesforhold, tillitsforhold, følelsesforhold og motivasjon de viktigste menneskelige forhold som er en forutsetning for å lære (2008). Trygghet i relasjonen mellom kollegaer er sentralt.

Respondentene i spørreundersøkelsen var tydelige på at kollegaer har stor betydning. Man jobber tett på hverandre i team, hvor kjemien kollegene imellom er avgjørende. Samarbeid og

interaksjon må nødvendigvis gi mer kunnskapsdeling og relasjonen er spesielt sårbar idet den er så avhengig av at deltakerne har gode relasjoner seg imellom.

**Tabell 8. Kolleger og kunnskapsdeling**

<b>I hvilken grad har rammer betydning for kunnskapsdelingen?</b>	<b>1 – 10</b>
Stedet kunnskapsdelingen foregår	5,1
Tiden du har til rådighet	7,5
Hvilke kolleger du er sammen med	8,7
Oppdragets art – Kode 1, 2 eller 3.	5,9

Tabellen viser spørsmålet i spørreundersøkelsen om kollegenes betydning for kunnskapsdelingen uthevet. Dette kriteriet er et mål for hvordan respondentene scorer viktigheten av kjemien mellom ambulansearbeiderne.

Det sosiale læringsmiljøet omhandler ulike fellesskaper, som arbeidsfellesskap, kulturelt fellesskap og hvordan det sosiale miljøet på arbeidsplassen påvirker mulighetene for læring (Illeris 2006). Respondentene mente at sosiale faktorer er viktig. Stian sier; ”*Det er lettere å prate med en som man stoler på, men det kan være sårbart på en måte å utlevere seg selv og de feil man har gjort. Kunnskapsdelingen gir oss bedre selvtillitt, men det avhenger av et godt arbeidsmiljø. Det er bra med ulik sammensetning både alder, erfaring og kjønn samtidig som det er positivt at man kjører med forskjellige kolleger. Det er bra for arbeidsmiljøet, da snakker man mer med kollegene og ikke så mye om*”. Respondentene var delte i synet på hvilken måte kjønn har betydning. Mennene mente at kvinnelige kolleger myker opp miljøet, mens kvinnene mente at de har lettere for å dele. Alle mente at det på mange områder er en fordel at begge kjønn er representert på arbeidsplassen.

Undersøkelsene viste at den uformelle praten avhenger av gode relasjonelle forhold og er viktig for det sosiale miljøet på ambulansestasjonen. Videre har det sosiale miljøet betydning idet det vil inkludere eller ekskludere medlemmer av gruppen. Det sosiale læringsmiljøet omhandler ulike fellesskaper, som arbeidsfellesskap, kulturelt fellesskap og hvordan det sosiale miljøet på arbeidsplassen påvirker mulighetene for læring (Illeris 2006). Det påligger hver enkelt arbeidstaker å være inkluderende og ta alle med i kunnskapsdelingen. På en arbeidsplass av en viss størrelse vil det kunne oppstå subkulturer som man må ta hensyn til når man skal tilrettelegge for kunnskapsdeling fordi subkulturer kan være ekskluderende.

Stein sa at; *”Holdninger vises i praksis. Det er letter å dele hvis du har en positiv holdning. Du må være åpen og være villig og ha et ønske om å dele. I tillegg til det må du vise interesse og engasjement og ha en positiv holdning til jobben”*. Han fulgte opp med å si at *”For pasienten er hver tur den viktigste, men for ambulanspersonellet kan oppdragene fort bli rutine”*. Det er et viktig moment å ha med seg i holdningsarbeidet. Holdninger må være et viktig satsningsområde for ledelsen. Respondentene var samstemte i at holdninger har stor betydning for utførelsen av ambulanseoppdragene.

Sosialkonstruktivistisk læringsteori sier at mennesket er grunnleggende sosialt og konstruerer aktivt sin virkelighet i samspill med omverdenen. Individet innehar grunnleggende krefter som motivasjon, søken etter sammenheng og mening og evne til læring. Derfor er det viktig å være, og ikke minst føle seg kvalifisert i jobbsammenheng og kanskje spesielt i ambulansetjenesten hvor de avgjørelser man tar kan få store konsekvenser. Essensen er at læring dreier seg om å skape mening i det man gjør. Mening blir skapt eller konstruert i samhandling med andre og den erfaringen vi har med oss (Tøsse 2005). Stina sa at; *”Jeg deler mye når jeg er engasjert og jeg blir veldig motivert når jeg lærer bort”*. Motivasjonen og læringen vil øke når ambulansarbeiderne opplever kunnskapsdelingen som meningsfull. Observasjonene viste at det er en god kultur på å dele kunnskap ved ambulansestasjonen, samtidig som observasjonene viste at delingen varierer og er avhengig av konteksten den foregår i. Dermed blir det viktig å isolere de situasjonene som hemmer og fremmer kunnskapsdelingen.

Motivasjon blir ofte tenkt på som noe som skjer i individet, men den vokser også frem i samspill og kommunikasjon mellom mennesker (Wadel 2006). Motivasjonsforhold oppstår og utvikles ofte i forbindelse med faglige utfordringer eller oppgaver som skal løses, men også for å etablere og vedlikeholde relasjoner. Mennesker er forskjellige med tanke på motivasjonen til å gjennomføre ulike arbeidsoppgaver. Noen handler ut i fra plikt, noen fra prestasjon og noen begge deler. Pliktmotivasjonen kan vi spore tilbake til den borgerlige oppdragelsesideologien hvor lydighet, plikt, orden og arbeidsmoral var viktige dyder. Her handler mennesker ut i fra den oppdragelsen de har fått, både i familien og fra samfunnet. Motivasjonen for å dele kunnskap kan både hemme og stimulere slik at det vil få betydning for resultatet. Målet må være at man tilrettelegger på en slik måte at man får yte maksimalt og får et best mulig resultat. Prestasjonsmotivasjonen er et grunnleggende behov som den amerikanske psykologen Abraham Maslow beskriver i sitt behovshierarki som behovet for

anerkjennelse og respekt (Imsen 2008). Uten å gå i dybden vil det i hovedsak si at de aller fleste vil utføre best mulig arbeid ut i fra et indre ønske om å prestere optimalt.

Arbeidstakeren må aktivt trekkes inn i planleggingsarbeidet av læringsaktiviteter. Egenaktivitet og medbestemmelse er viktig for motivasjonen samt for forståelsen av det man driver med (Engelsen 2006). Å være kvalifisert og kompetent er et personlig ansvar. Helsepersonelloven setter krav til forsvarlighet og det ansvaret ligger både på arbeidstaker og arbeidsgiver.

Stein sier at; ” *Arbeidsgiver kan ikke tvinge oss til å lære hvis vi egentlig ikke vil. Man må være motivert og man må hente den motivasjonen inne i seg selv*”. Respondentene uttrykker at de blir veldig motivert når man lærer sammen med andre. ”*Vi ser nytten av det (kunnskapsdelingen) med en gang i arbeidet vårt*” sier Stina. Ambulansearbeiderne viser at de forstår alvoret i å ta ansvaret for andre mennesker. Det er krevende å håndtere den autoriteten uniformen gir. Pasienter og pårørende forventer at ambulansearbeidere har mye kunnskap og kompetanse. Det ligger et stort ansvar i denne forventningen.

Dette kapittelet handlet om betydningen av holdninger, sosiale faktorer og relasjoner mellom ambulansearbeiderne. I neste kapittel skal vi se på hvordan kommunikasjonen under oppdragene har betydning for ambulansearbeidernes læring sammen med kvaliteten på utførelsen av arbeidet.

### 4.3.2 Relasjoner og kvalitet på arbeidet

Ambulansefaget er et praktisk fag. Deltakelse i arbeid er basert på den enkeltes erfaringer og deltakernes involvering i sin egen læreprosess er sentral for læring. Problemløsning og arbeid relatert til daglige arbeidsoppgaver vil oppleves som meningsfullt i den enkeltes arbeidssituasjon og motivere for videre læring samtidig som det også legges til rette for kunnskapsdeling. Kolbs læringssirkel viser at det er flere sentrale elementer i læringen som spiller sammen spesielt med tanke på egne erfaringer som gjøres under arbeidet (Tøsse 2005).

Alle respondentene mente at kunnskapsdeling har betydning for kvaliteten på arbeidet. Stine sier at; *”Vi lærer oss nye metoder for å kunne utføre ambulanseoppdragene når vi ser hva kollegene gjør. Vi får på en måte se problemstillingene fra en annen vinkel og det er lærerikt. Det er viktig å være forberedt, godt planlagte turer går sjelden dårlig og gir best resultat både for pasienten og oss selv. Samtidig må vi ha en beredskap for at uforutsette ting skjer, og det ligger i arbeidets art at det skjer uforutsette ting hele tiden”*. Stein sier at; *”Ja det er klart at kunnskapsdeling får betydning for kvaliteten på det vi gjør. Vi jobber i team og er helt avhengige av at vi kommuniserer godt. Det er viktig å ta lærdom av både positive og negative erfaringer. Vi har et system i dag for avvikshåndtering, men det fanger kun opp de negative hendelsene og de såkalte ”nestenhendelsene”. Det er viktig å kunne formidle de positive erfaringene også. Og det kunne man kanskje lage et system for”*.

Jo mer kunnskaper og ferdigheter man har jo større mulighet har man til å kunne se og forstå pasientens situasjon og dermed iverksette de tiltakene som gir best resultat. Stian sier at *”Vi har som regel bare en mulighet og kan sjelden gå tilbake og utføre tiltaket på nytt. Situasjonen er ofte stresset og det som er innøvd eller gjennomtenkt på forhånd gir best resultat. For eksempel AHLR<sup>9</sup> som vi øver mye på, Vi er drillet på algoritmene og det gir mindre feilbehandling. Det har meget stor betydning for pasienten i ettertid”*.

Ambulansetjenesten i Oslo og Akershus kan vise til gode resultater for overlevelse på hjertestans.

---

<sup>9</sup> Avansert Hjerte Lunge Redning

I Jean Lave og Etienne Wenger sine teorier om situert læring og læring i praksisfellesskap mener de at praksis forekommer i all form for aktivitet. I hverdagslige situasjoner og i møte med ulike atferdsformer, utvikles ferdigheter som kan være vesentlige for bestemte prestasjoner. Et sentralt perspektiv innenfor teorien om situert læring, er vektleggingen av forståelsen av læring hvor samspillet mellom aktør, virksomhet og verden gjensidig konstituerer hverandre (2004). Dette er i tråd med respondentene sine uttrykk for at kunnskapsdelingen øker når de evaluerer oppdragene de har vært med på. Kunnskapen er relevant og praksisnær og respondentene opplever at læringen øker. Dette stemmer også med observasjonene.

Stian sier; ” *At jeg har kunnskaper og erfaringer som jeg kan bringe videre har vært viktig for min egen utvikling. Jeg husker jeg var ung og uerfaren og begynte i ambulansetjenesten. Det hadde stor betydning at noen delte med meg. Det har gjort et jeg deler med andre og fremdeles lærer mye av å dele kunnskap. Det gjør meg tryggere i jobben og dermed øker kvaliteten på det jeg gjør*”. Alle som har med læringer eller hospitanter veileder og arbeidsoppgavene krever teamarbeid. Det har vært stor utvikling i faget de siste årene og respondentene var åpne for at de fremdeles har mye å lære og at de lærer noe nytt på hver vakt når de deler med hverandre. Det er en måte å sikre at de holder seg faglig oppdatert.

Læring og utvikling skjer gjennom deltakelse i sosiale praksiser og gjennom kommunikasjon med andre. Det handler om hvordan mennesker blir eksponert for og tilegner seg strukturerende ressurser, former for menneskelig kommunikasjon og forestillinger, og hvordan de lærer seg å samarbeide med andre i sosiale praksiser og å konstituere omverdenen på ulike måter (Illeris 2006). Stian tar opp et område som kunne gitt rom for mye kunnskapsdeling og læring. ”*Hadde vi visst hvordan det gikk med de pasientene vi kjører så kunne vi lært veldig mye. Men det er vanskelig å få tilbakemelding fra legevakt og sykehus på grunn av taushetsplikten. Det hadde vært en god kilde til læring hvis vi kunne fått tilbakemelding på hvilke konsekvenser våre behandlingstiltak hadde hatt for pasienten. Vi får stort sett bare høre noe når det kommer klager til ambulansetjenesten*”.



Helsepersonelloven § 21 omhandler hovedregelen om taushetsplikt; *”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”*. Dette legger begrensninger på hva man kan snakke om, også til kolleger.

#### **Observasjon 6.**

Vi har akkurat levert en pasient på AHUS<sup>10</sup> da det igjen piper i personsøkerne og meldingen fra AMK lyder;

*”Ambulanse 271, kjørekode 3, retur til Nesodden”.*

På pc'en i ambulansen leser vi at vi skal hente en relativt ung dame med terminal cancer. Hun er skrevet ut fra avdelingen og skal til sykehjemmet for palliativ pleie. Vi går opptil avdelingen på sykehuset hvor damen ligger og snakker med kontaktsykepleier for å få nødvendig informasjon om pasienten og hennes tilstand for å kunne yte best mulig behandling. Vi går inn på rommet og hilser på damen. Hun er mutt, blek og det er tydelig at hun har grått. Vi løfter damen over til ambulansebåren og tar henne med ned til ambulansen.

Pasienten sier ikke et ord hele den lange veien ut til Nesoddtangen. Turen tar 50 minutter. Pål spør henne noen ganger underveis om hvordan hun ligger og om hun fryser. Noen enkle spørsmål for å vise omsorg. Vi leverer henne på sykehjemmet hvor pleierne overtar.

*”Noen ganger er turene fryktelig lange”* sier Pål *”Skulle ønske jeg hadde mer å tilby henne”*.

Jeg setter meg bak i ambulansen og Pål og Pia setter seg foran. De melder oss ledig til AMK. I ambulansen på vei tilbake til ambulansestasjonen er det helt stille.

---

<sup>10</sup> Akershus Universitetssykehus

Denne observasjonen viser en typisk situasjon med en emosjonell påvirkning som kan være belastende over tid. Selv om det ble helt stille kan det være mye deling i det usagte. Det vil være viktig å snakke om disse hendelsene også, men kanskje ikke med en gang. Min erfaring er at man vil snakke om denne type hendelser etter hvert men vanligvis i en annen sammenheng. Men skal man åpne seg og snakke om følelser betinger det gode relasjoner mellom ambulansesarbeiderne. Dette momentet drøftes i det videre.

Kommunikasjonen under ambulanseoppdragene avhenger av kjemien mellom ambulansesarbeiderne. Felles oppgaveløsning og tilegning av nye kunnskaper vil også gi muligheter for å utvikle positive forventninger til seg selv og sine medarbeidere. Slike forventninger er med på å danne grunnlaget for godt samspill og åpen og tillitsfull kommunikasjon (Wadel 2008). Observasjonene viste at når oppdragets alvorlighetsgrad økte, virket det som om de kunne legge mer av det relasjonelle bak seg og være profesjonelle i forhold til oppdraget. Det vil si at kunnskapsdelingen ble mer effektiv og oppdragsrelatert.

Fangen sier at det er vanskelig å vurdere relasjonelle forhold objektivt, spesielt når man skal forske i egen organisasjon (2011). Det er det ikke vanskelig å være enig i, men observasjonene viste allikevel at sammensetningen av makkerparene har betydning. Den personlige kjemien mellom ambulansesarbeiderne er en viktig underliggende faktor selv om den ikke er så lett å observere og ikke kommer så tydelig fram i observasjonene.

Respondentene i intervjuene var tydelige og spørreundersøkelsen viste også klart at kunnskapsdelingen avhenger av relasjonen mellom kollegene. Samhandlingen mellom kollegene var mer avhengig av relasjonen enn av alder, utdanning eller kjønn. Noen makkerpar tilbrakte mer tid sammen under vekten enn andre. Trivsel er viktig og måten man kommuniserer på har også betydning. Personlige barrierer, bevisste og ubevisste, kommer fram i måten man kommuniserer på (Wadel 2008). Muligheter for sosial interaksjon og organiseringen av arbeidet med tanke på makkersammensetningen og hvor ofte man bytter makker, vil også innvirke på kunnskapsdelingen på arbeidsplassen.

Det ble ikke observert noen forskjeller i kunnskapsdelingen når det gjaldt kjønn, selv om tendensen i spørreundersøkelsen var at kvinnene scoret høyere på betydningen av kollegene enn mennene som var mer opptatt av tid, sted og oppdragets art. Noe av årsaken ligger kanskje i at det var kun 5 kvinner av 22 ansatte i den avdelingen hvor observasjonene foregikk. Det var hverken mer eller mindre kunnskapsdeling når makkersammensetningen var to kvinner i forhold til når det var to menn. Observasjonene viste videre at heller ikke når kvinne og mann kjørte sammen var det noen endring i kunnskapsdelingen. I denne sammenhengen ser det ut til at kjønn ikke har hatt noen særlig betydning.

Læring og utvikling skjer gjennom deltakelse i sosiale praksiser. Den som behersker en bestemt praksis eller ferdighet, veileder og støtter den som er mindre erfaren på det aktuelle området. Dette gjelder ikke bare nybegynnere, men også kolleger som ikke har den samme erfaringen. Støtten består i at en bistår med strukturerende ressurser, som for eksempel ved kunnskapsdeling. Både implisitt kunnskap som vises gjennom handlinger og eksplisitt kunnskap. (Wenger 2004, Illeris 2006, Nonaka 2009). Intervjuene og observasjonene viste at ambulansesarbeiderne ved Nordre Follo ambulansestasjon er villige til å dele kunnskap. Men ofte er det slik at medarbeiderne på en måte ikke vet hva de vet. Spørsmålet blir da hvordan en skal kunne fremkalle og bevisstgjøre denne kunnskapen?

Videre viste observasjonene at respondentene absolutt var dedikert til omsorg. De viste god omsorg i pasientrelasjonen, men også god omsorg for hverandre under og etter ambulanseoppdragene. Ambulansesarbeiderne var veldig gode på samhandling og kommunikasjon og hadde en god teamfunksjon. Som et siste punkt i observasjonsundersøkelsen vil jeg fremheve at respondentene hadde veldig mye humor, både seg i mellom og med pasientene. Som en av respondentene så treffende uttrykte det; *”Uten humor hadde jeg ikke overlevd”*.

Behovet for kompetanse forandrer seg i takt med samfunnets krav. En av ambulansesarbeiderne uttalte at *”Det var enklere før, vi hadde ikke så mye utdanning og det var ikke så mange klager. I tillegg synes jeg at kunnskapsdelingen endret seg etter hvert som jeg ble eldre og fikk mer utdanning”*. Det bekrefter at behovet for og innholdet i hva man deler endrer seg. Respondentene uttrykte forskjellige behov i forhold til hva de trengte å lære og det vil også ha betydning for hva de ønsker å dele.

Senge er i likehet med Illeris (2004b) og Nonaka (2009) opptatt av den rollen omgivelsene har for læring. Han mener videre at den ansatte lærer ved deltakelse og ansvarliggjøring i virksomheten og det er i samspillet mellom organisatoriske og relasjonelle forhold læringen foregår. Intervjuene, observasjonene og spørreundersøkelsen bekrefter at samspillet og relasjonene mellom ambulansesarbeiderne har stor betydning og det vil være viktig å sette fokus på disse faktorene i arbeidet med å skape gode situasjoner for kunnskapsdeling og dermed økt læring på arbeidsplassen. Læringen i dette samspillet vil øke ambulansesarbeidernes samlede kompetanse.

Undersøkelsene i prosjektet viste hvordan kunnskapsdeling har betydning for læring i arbeid og kvaliteten på arbeidet. I siste del av dette fjerde kapitlet gjøres det en oppsummering av drøftingen.

#### **4.4 Ny forståelse og innsikt i forhold til forforståelsen.**

Hans-Georg Gadamer skrev i sitt hovedverk fra 1960 at *"Ingen metode fører til den endelige sannhet fordi du alltid er underveis og det finnes ingen sannhet"*. Dermed blir min nye forståelse og innsikt forforståelse i neste runde.

Empirien i prosjektet kommer fra datamateriale i tre undersøkelser. Hovedinntrykket i undersøkelsene er at ambulansarbeidere er genuint interessert i arbeidet sitt og ønsker fagutvikling for å være bedre rustet til å kunne møte pasienten. Prosjektet har blitt møtt med stor velvillighet og det har ikke vært noen vansker i datainnsamlingen, hverken fra respondentene eller ledelsen i ambulanseavdelingen. Det som imidlertid har vært vanskelig er å få oversikt i og å håndtere en stor mengde empiri. Det har vært vanskelig å skille ut de dataene som ikke hadde så stor betydning og som ikke skulle med i prosjektet.

I hovedsak var respondentene enige om at arbeidsmiljøet og kulturen på arbeidsplassen har stor betydning for kunnskapsdelingen på arbeidsplassen. Ledelsen og arbeidsgiver har et felles ansvar. Kunnskapsdeling må verdsettes ellers er det kanskje mange som ikke ser nytten av å dele. Det kan være vanskelig å tydeliggjøre behovet i organisasjonen.

Ambulansarbeidernes egen holdning er avgjørende. De fleste respondentene er meget positive til å dele kunnskap. Motivasjon og engasjement i forhold den aktuelle arbeidsoppgaven er sentralt i den forstand at ambulansarbeiderne må oppleve praksisnærhet og at de har noe igjen for kunnskapsdelingen. En årsak til at man ikke deler kan være at oppgaven ikke berører egne arbeidsoppgaver, og at en ikke vil ha nytte av å engasjere seg i andres arbeidsoppgaver. Det ligger en naturlig rasjonalitet i hva man bruker tid og energi på i løpet av ambulansevakten.

Alle respondentene mente at kunnskapsdeling er viktig for utførelsen av ambulanseoppdragene. Men inntrykket etter gjennomgangen av undersøkelsene er at ambulansarbeiderne ikke er så bevisste på betydningen av hvor viktig kunnskapsdeling er i det daglige arbeidet. Både for utførelsen av arbeidsoppgavene og egen oppgaveløsning under utførelsen av ambulanseoppdragene. Kunnskapsdeling er ikke satt i system og skjer tilfeldig og det medfører at de snakker sammen uten å tenke på at man faktisk deler kunnskap og erfaringer. Ambulansarbeiderne er ikke så bevisst på når og hvordan kunnskapsdelingen

foregår. Undersøkelsene viste at det ikke var så mye kunnskapsdeling som forforståelsen tilsa. Ambulansearbeiderne snakker mye sammen men ikke så mye om fag og erfaringer som de kunne ha gjort.

Videre viser analysen av det empiriske materialet at relasjoner og samhandling er avgjørende for å løse ambulanseoppdragene på en effektiv og tilfredsstillende måte. Respondentene var tydelige på at personlighet og kjemien mellom kollegene er grunnleggende faktorer for samhandling. Relasjonelle forhold er viktige. Det er vanskelig å dele kunnskap men en som en ikke går så godt sammen med.

Kommunikasjon, samarbeid og humor er også viktige faktorer for å få til kunnskapsdeling. Det kan virke som om etablering og vedlikehold av relasjoner mellom medarbeidere er av stor betydning for å lykkes. Humor er en viktig faktor. Respondentene fortalte at de ofte brukte humor under ambulanseoppdragene og at humor ofte var med på å løse opp i vanskelige situasjoner. Ambulansearbeidere jobber med pasienter i alle fasetter av livet og det kan ofte være tungt. Humor kan være forløsende ikke bare blant kolleger men også i pasientrelasjonen. Humor gir energi og kanskje overskudd til å yte litt ekstra når det trengs. Humor bryter ned barrierer og er relasjonsskapende og i den forstand med på å tilrettelegge for kunnskapsdeling.

*”Den korteste veien mellom mennesker er et smil”*

*Victor Borge*

Respondentene ga inntrykk av at kunnskapsdeling i stor grad skjer gjennom arbeid med felles oppgaver. Det er store individuelle forskjeller og det viser seg at dialogen endrer seg ved behov. Alle respondentene signaliserte at de har et ønske om å gjøre en god jobb. Gjør man feil under ambulanseoppdragene kan det få store konsekvenser både for pasienten og ambulansarbeideren. Dette kan gi et press som både kan hindre og stimulere til kunnskapsdeling. Ambulansearbeidere har et stort handlingsrom med stort ansvar og stor grad av autonomi og det medfører at fallhøyden kan bli stor når oppdrag ikke går som de skal.

Rammer og organisering er viktige faktorer. Tidspress er i mange sammenhenger en barriere man må ta hensyn til. Alle respondentene sa noe om tiden de hadde til rådighet når de var på jobb, selv om de var uenige om tidsfaktorens betydning. Analysene av empirien tyder på at det er andre rammer enn tidsfaktoren som har større betydning. Måten ambulansetjenesten er organisert på gir samarbeidsformer som fremmer kunnskapsdeling og utfordringen ligger mer i å avdekke egen og/eller felles nytte av den erfaringen som deles slik at kunnskapsdeling som læringsform kan utnyttes bedre.

Kontekst har også betydning. Det er to kontekster som utpeker seg. På vei ut til oppdragene og rundt kaffebordet. Engasjementet i oppgaveløsningen får betydning for utførelsen av eget arbeid. Voksne mennesker er problem og løsningsorienterte og prøver å anvende kunnskap som er nyttig for utførelsen av egne arbeidsoppgaver. Undersøkelsene viste at kunnskapsdelingen øker i takt med ambulanseoppdragets alvorlighetsgrad. Den andre konteksten var den uformelle praten rundt kaffebordet. Denne konteksten bør kanskje ses nærmere på. Først og fremst må den verdsettes av ledelsen og se betydningen av denne for kunnskapsdeling på arbeidsplassen. Andre yrkesgrupper i helsevesenet har overlapping i turnus og rapport i vaktskiftene som også gir rom for uformell kunnskapsdeling.

I analysen og drøftingen av empirien er det vist at både rasjonelle og organisatoriske forhold har betydning for læring i arbeid. Kunnskapsdeling er en av flere viktige forutsetninger for læring i organisasjoner. Ulikheter i ambulansearbeidernes læreforutsetninger kan være en styrke fordi ulik bakgrunn gir flere aspekter og ulike måter å se tingene på, men også en utfordring for ledelsen med tanke på tilrettelegging. Det er sentralt å se hvilke ressurser organisasjonen egentlig har og ikke minst bruke de samtidig som kunnskapsdeling i seg selv fører til ny kunnskap og dermed økt kompetanse hos ambulansearbeiderne. Målet er at ambulansearbeiderne skal få mer kunnskap og bedre kompetanse til å utføre jobben sin etter dagens normer og krav.

## 5.0 Konklusjon

Målsettingen med undersøkelsene som dette prosjektet legger til grunn er å øke bevisstheten rundt kunnskapsdeling som læringsform og hvorfor kunnskapsdeling er en viktig forutsetning for læring i arbeid. I tillegg var hensikten med prosjektet å gå i dybden og gjøre undersøkelser om hvordan kunnskapsdelingen egentlig foregår og om det er mulig å forbedre, utnytte og tilrettelegge for bedre og mer effektiv kunnskapsdeling blant ambulansesarbeidere. Med dette som utgangspunkt fikk prosjektet følgende problemstilling;

*Hvordan kan kunnskapsdeling øke kompetansen hos ambulansesarbeidere?*

Målet var økt forståelse og derfor ble metodevalget eksplorativt orienterte undersøkelser for å kunne få tak i respondentenes meninger og holdninger. Videre i prosjektet er det lagt til grunn ulike teorier i det sosialkonstruktivistiske paradigmet, samt at det er sett på lovgivningen for å få et bredest mulig teoretisk grunnlag for å besvare problemstillingen. I tillegg er det lagt til grunn ulike teoretikere for metodevalget slik at datahåndteringen skulle få størst mulig validitet. Disse faktorene sammen med funnene i undersøkelsen har ført til bevisstheten om at prosjektets problemstilling er besvart tilfredsstillende.

Alle mennesker har uforløste iboende ressurser som kan komme til nytte, enten for seg selv, kolleger eller arbeidsplassen. For ambulansesarbeidere vil disse ressursene til syvende og sist komme pasienten til gode. Holdningene til det å lære og å lære bort blir viktige når man skal være med på å skape en kultur for læring på arbeidsplassen. Med utgangspunkt i modellen til Jørgensen og Warring er det i prosjektet drøftet hvilke faktorer som hemmer og hvilke faktorer som fremmer kunnskapsdeling på arbeidsplassen. Undersøkelsene viser at det finnes en rekke relasjonelle og organisatoriske forhold som bidrar til å fremme eller som vil være til hinder for kunnskapsdeling. Begrensningene ligger ofte i mennesket selv, men også i organisasjonen finner man barrierer som hemmer kunnskapsdeling. Mennesket er i utgangspunktet positivt og allerede som barn fant vi glede i å vise hva vi kan. Dette gjelder også for voksne og det gjelder å ta tak i denne positiviteten og holde på den i arbeidslivet.



Kompetanseutvikling skjer ofte i mindre organiserte og uformelle former. Læring på arbeidsplassen kan være vel så utviklende som eksterne kurs. Sosialkonstruktivistisk teori viser at kunnskapsdeling og dermed læring foregår gjennom observasjon og praksis i samspill med kolleger. Derfor er relasjonen mellom ambulansesarbeiderne sentral. Det handler i stor grad om å tilrettelegge for gode læringsarenaer i organisasjonen, og å utvikle en intern kultur der kunnskapsutvikling betraktes som et felles ansvar. Dette er dels et lederansvar, dels ansvaret til den enkelte medarbeider. Det blir viktig å bevisstgjøre og å bygge opp selvtillit på å kunne bruke egne ressurser.

Respondentene i undersøkelsen ga uttrykk for at de var motiverte for å dele kunnskap, men opplevde at det var lite struktur og system. Undersøkelsene viste at respondentene i liten grad opplevde at kunnskapsdeling var gjenstand for oppmerksomhet hos ledelsen, Ved å sette kunnskapsdelingen inn i en større sammenheng vil man få økt læringen på arbeidsplassen. Det finnes mange kompetente ambulansesarbeidere, men gjør organisasjonen bruk av denne kompetansen slik at den enkelte får bruke kompetansen sin fullt ut?

Under arbeidet med analysen av empirien kom det fram at ledelsen har en nøkkelrolle i forhold til å sette fokus på og legge til rette for utviklingen av gode arenaer for kunnskapsdeling. Dersom kunnskapsdeling ikke blir verdsatt er det kanskje ikke så mange som ser behovet for eller nytten av å dele. Det vil derfor være interessant å foreta undersøkelser blant ledere i de ulike ambulansetjenestene for å få innblikk i deres forståelse av og holdninger til kunnskapsdeling som læringsmetode og ressurs. Både formelle og uformelle arenaer har betydning for kunnskapsdeling og derfor er det viktig å etablere ulike arenaer hvor ambulansesarbeiderne møtes. Det er sentralt også å etablere sosiale arenaer slik at relasjoner styrkes.

Ambulanseyrket medfører emosjonelle og fysiske belastninger. Kvaliteten på arbeidet kan få store konsekvenser både for ambulansesarbeideren, pasienten og samfunnet. Det stilles store krav og forventninger og derfor er kommunikasjon, samhandling og respekt nødvendig for å gjøre en god jobb. Kunnskapsdeling kan være en viktig del i denne kompleksiteten av faktorer som påvirker ambulansesarbeideren i yrkesutførelsen.

Det er et potensial for forbedringer med tanke på kunnskapsdeling. Både arbeidsgiver og arbeidstaker kan bli bedre og begge må sammen bidra for å få til forbedringer. Ved motivasjon, tilrettelegging, individualisering og personlig oppfølging vil arbeidsgiver kunne øke læringen blant ambulansesarbeiderne. Den enkelte ambulansesarbeider må også selv ta ansvar for å følge opp. Alle respondentene var i undersøkelsen positive til å dele kunnskap. Dette viser både korpsånd og yrkesstolthet og er et godt utgangspunkt for å utvikle og gjennomføre kunnskapsdeling på arbeidsplassen og dermed øke den enkeltes, men også organisasjonens samlede kompetanse.

## Litteraturliste

- Askerøi, E. (2009). *Mastergradshåndboken*. Kjeller,  
Høgskolen i Akershus
- Bourdieu, P. (1997), *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge UK,  
University Press
- Bø, I. & Helle, L. (2002): *Pedagogisk ordbok*. Oslo.  
Universitetsforlaget.
- Connel, R.W. (2002). *Gender*. Cambridge UK,  
Polity press
- Dalin, Å. (2004). *Veier til den lærende organisasjon*. Oslo,  
Cappelen Akademisk Forlag
- Dysthe, O. (red) (2001). *Dialog, samspel og læring*. Oslo,  
Abstrakt forlag
- Engelsen, B. (2006). *Kan læring planlegges?* Oslo,  
Gyldendal Norsk Forlag
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen,  
Fagbokforlaget
- Gadamer, H. G.(1960). *Warheit und Methode*. Tübingen,  
J.C.B.Mohr
- Gottschalk, P. (2004). *Ledelse av intellektuell kapital*. Oslo,  
Universitetsforlaget
- Grønmo, S. (2007). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen,  
Fagbokforlaget
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet*. Oslo,  
Cappelen Akademisk Forlag
- Illeris, K. (2004a). *Voksen utdannelse og voksenlæring*. Fredriksberg DK,  
Roskilde Universitetsforlag
- Illeris, K. (red) (2004b). *Læring i arbeidslivet*. Fredriksberg DK,  
Roskilde Universitetsforlag
- Illeris, K. (2006). *Læring*. Fredriksberg DK,  
Roskilde Universitetsforlag

- Imsen, G. (2008). *Elevens verden*. Oslo,  
Universitetsforlaget
- Kolb, D. (1984): *Experiential Learning*. Prentice Hall,  
New Jersey. USA
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo,  
Gyldendal Akademisk
- Lave, J. & Wenger, E. (1991), *Situated learning: legitimate peripheral participation*.  
Cambridge UK, Cambridge University Press
- Loeng, S. (2009). *Andragogikk*. Stjørdal,  
Læringsforlaget
- Løgstrup, K. (1995). *Den etiske fordring*. København,  
Gyldendal
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (2001). *Handbook of Organizational Learning and Knowledge*.  
OUP, London
- Nonaka, I. (2009) *Slik skapes kunnskap*. Oslo,  
NKS-Forlag
- Ryen, L. (2004). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen,  
Fagbokforlaget
- Sannerud, R. (2005). *Læring på byggeplassen - utopi eller realitet?: et  
Aksjonsforskningsprosjekt i byggbransjen*. Roskilde Universitetscenter.  
Forskingskolen Livslang Læring, Roskilde.
- Senge, P. (2006), *The fifth discipline*. London,  
Cornerstone
- Säljö, R. (2002). *Læring i praksis*. Oslo,  
Cappelen Forlag
- Tøsse, S. (2005). *Fasetter i voksnes læring*. Trondheim,  
NTNU ViLL
- Wadel, C. (2006). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord,  
SEEK A/S
- Wadel C. (2008). *En Lærende organisasjon*. Kristiansand,  
Høgskoleforlaget
- Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber*. København DK,  
Reitzel

## Offentlige dokumenter og andre kilder.

- Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (2005).  
Helse og omsorgsdepartementet
- Hasås, T. & Lønnå, E. (2007), *Yrkesskade; Holdningsslitasje* [online].  
Tilgjengelig fra  
<http://www.frifagbevegelse.no/loaktuelt/temasaker/article3098940.ece>  
[hentet 05.05.11]
- Lov om fagopplæring i arbeidslivet av 1980  
Kirke, Undervisnings og Forskningsdepartementet
- Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) av 1999  
Helse og omsorgsdepartementet
- Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (Opplæringslova) av 1999  
Kunnskapsdepartementet
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven) av 1999  
Helse og omsorgsdepartementet
- Lov om vegtrafikk (Vegtrafikkloven) av 1965. Sist endret 2012.  
Samferdselsdepartementet
- Malterud, K (2002), *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger* [online].  
Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/618841>  
[Hentet 27.08.11]
- Medisinsk og Operativ Manual (2007). NAKOS  
Oslo Universitetssykehus
- Norsk indeks for medisinsk nødhjelp(2009).  
Den norske legeföreningen, 3.utg.
- NOU 1976:2. *Utdanning av ambulansepersonell*,  
Sosial- og helsedepartementet
- NOU 1997:25. *Ny Kompetanse, Grunnlaget for en helhetlig etter- og videreutdanningspolitikk*,  
Kirke, Utdannings og Forskningsdepartementet
- NOU 1998:9. *Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*,  
Sosial og helsedepartementet

*Memorandum om livslang læring i EU. Rapport (2001).*

Kunnskapsdepartementet

Politidirektoratet 2008. *Politiet mot 2020,*

Justis og beredskapsdepartementet

Stortingsmelding 30. (2003-2004), *Kultur for læring,*

Kunnskapsdepartementet

Stortingsmelding 42. (1997-1998), *Kompetansereformen,*

Kunnskapsdepartementet

Stortingsmelding 43 (1999-2000): *Om akuttmedisinsk beredskap,*

Sosial- og helsedepartementet

Utdanningsdirektoratet (2006). *Læreplanverket for kunnskapsløftet.*

# Vedlegg

## Vedlegg 1 – Intervjuprosessen

### Innledning av intervjuet

- Kort presentasjon av meg
- Presentasjon av undersøkelsen
  - Jeg ønsker å undersøke i hvilken grad kunnskapsdeling foregår i ambulansetjenesten.
- Intervjuet vil skrives ut på bakgrunn av lydopptak og notater.
- I løpet av samtalen vil vi stille spørsmål rundt følgende temaer:
  - Hvordan dagens situasjon er
  - Hvordan fremtidig situasjon kan bli
- Intervjuets form
  - Intervjuet vil være samtalepreget og vare i ca. 30 minutter
- Anonymitet
  - Full anonymitet i prosjektet

### Avslutning av intervjuet

- Kan jeg ta kontakt siden hvis det skulle være nødvendig med noen utdypinger eller presiseringer?
- Noe du brenner inne med?
- Jeg vil renskrive intervjuet på grunnlag av notatene og lydopptakene.
- Resultatene vil være anonyme.
- Jeg vil sende deg en kopi av prosjektet som takk for at du har brukt av din tid til å hjelpe meg.
- Takk for at du stilte opp.

## Vedlegg 2 – Intervjuguide

Dato

### 1.0 Bakgrunnsspørsmål

Kjønn

Alder

Tjenestested

Utdanning/erfaring

### 2.0 Dagens situasjon Organisering

**Problemstilling.**

*Hvordan kan kunnskapsdeling øke kompetansen hos ambulansesarbeidere?*

### Innhold

Er det tid til KD

På en skala fra 1 til 10.

Hvilken betydning har KD for deg personlig i forhold til;

- Arbeidsoppgaver?
- Personlig utvikling?
- Kompetanse?
- Læring? Lærer du noe nytt

### 3.0 Fremtidig situasjon

#### Organisering

Har du forslag til hvordan KD kan gjennomføres?

Tid - sted - metoder

#### Innhold

Hvilke områder kan KD bli bedre

På en skala fra 1-10.

- Hvor viktig er det at arbeidsgiver tilrettelegger for KD?

Vil du bruke en WIKI eller blogg?

Hva er hensikten med KD

Noe du vil tilføye som har dukket opp under intervjuet?



### Vedlegg 3 – Deltakende observasjoner

Oversikt over deltakende observasjoner – 2011.  
Antall oppdrag, kjørekode, kjønn, alder, utdanning.

Kode 1	Kode 2	Kode 3	Mannskap
2	1	4	K22l – k22f
		5	K22l – k32f
1		3	M39p – m42p
2		1	M39p – m41p
1	2		M42p – m33f
1	1	1	M51p – m51p
1		3	K34p – m49p
1	2		M39p – m41p
1	1	1	K29f – m49p
	2	1	M29p – m50p
10	8	19	

K = kvinne

M = mann

L = lærling

F = fagarbeider

P = paramedic

## Vedlegg 4 – Spørreundersøkelsen

Generelle opplysninger – Sett kryss.

<b>Kjønn</b>	Kvinne <b>6</b>	Mann <b>18</b>				
<b>Alder</b>	20-29 år <b>6</b>	30-39 år <b>7</b>	40-49 år <b>8</b>	50-59 år <b>3</b>	Over 60 år	
<b>Ansiennitet</b>	1-4 år <b>3</b>	5-9 år <b>5</b>	10-14 år <b>7</b>	15-19 år <b>3</b>	20-24 år <b>2</b>	> 25år <b>4</b>
<b>Utdanning/stilling</b>	Lærling <b>2</b>	Fagarbeider <b>10</b>	Paramedic <b>12</b>	Annen utd VG <b>4</b>	Annen utd Høysk <b>5</b>	Annet <b>3</b>

Scoret er regnet gjennomsnitt

<b>1</b>	<b>På en skala fra 1- 10 hvor 1 er i liten grad og 10 er i stor grad.</b>	<b>1 – 10</b>
	I hvilken grad synes du at du selv deler kunnskap og erfaringer med kolleger?	<b>7,0</b>
	I hvilken grad har kunnskapsdeling hatt betydning for din faglige utvikling?	<b>8,2</b>
	I hvilken grad har kunnskapsdeling betydning for utførelsen av ambulanseoppdragene?	<b>7,9</b>
	I hvilken grad synes du rent personlig det er viktig å dele erfaringer og kunnskaper med kolleger?	<b>9,2</b>

<b>2</b>	<b>I hvilken situasjon (kontekst) foregår kunnskapsdelingen?</b>	<b>1 – 10</b>
	Ved vaktstart	<b>5,7</b>
	Før oppdrag	<b>4,6</b>
	Under oppdrag	<b>5,7</b>
	Etter oppdrag	<b>8,0</b>
	Mellom oppdragene (på stasjonen)	<b>7,4</b>
	Ved vaktens slutt	<b>4,2</b>

<b>3</b>	<b>I hvilken grad har rammer betydning for kunnskapsdelingen?</b>	<b>1 – 10</b>
	Stedet kunnskapsdelingen foregår	<b>5,1</b>
	Tiden du har til rådighet	<b>7,5</b>
	Hvilke kolleger du er sammen med	<b>8,7</b>
	Oppdragets art – Kode 1, 2 eller 3.	<b>5,9</b>

<b>4</b>	<b>Organisasjon</b>	<b>1 – 10</b>
	I hvilken grad opplever du at arbeidsgiver tilrettelegger for kunnskapsdeling?	<b>3,9</b>
	I hvilken grad vil du bruke en wiki/blogg eller annen form for sosiale medier hvis det blir laget for bruk i ambulansetjenesten?	<b>5,5</b>

## Vedlegg 5 – Spørreundersøkelsen referansegruppen

Generelle opplysninger – Sett kryss.

<b>Kjønn</b>	Kvinne 20	Mann 20				
<b>Alder</b>	20-29 år 15	30-39 år 19	40-49 år 5	50-59 år 1	Over 60 år	
<b>Ansiennitet</b>	1-4 år 7	5-9 år 12	10-14 år 17	15-19 år 3	20-24 år 1	> 25år
<b>Utdanning/ stilling</b>	Lærling 3	Fagarbeider 14	Paramedic 23	Annen utd VG 4	Annen utd Høgskole 8	Annet 1

Scoret er regnet gjennomsnitt

<b>1</b>	<b>På en skala fra 1- 10 hvor 1 er i liten grad og 10 er i stor grad.</b>	<b>1 – 10</b>
	I hvilken grad synes du at du selv deler kunnskap og erfaringer med kolleger?	7,5
	I hvilken grad har kunnskapsdeling hatt betydning for din faglige utvikling?	8,5
	I hvilken grad har kunnskapsdeling betydning for utførelsen av ambulanseoppdragene?	8,0
	I hvilken grad synes du rent personlig det er viktig å dele erfaringer og kunnskaper med kolleger?	9,3

<b>2</b>	<b>I hvilken situasjon (kontekst) foregår kunnskapsdelingen?</b>	<b>1 – 10</b>
	Ved vaktstart	4,4
	Før oppdrag	5,4
	Under oppdrag	6,4
	Etter oppdrag	8,5
	Mellom oppdragene (på stasjonen)	7,8
	Ved vaktens slutt	3,7

<b>3</b>	<b>I hvilken grad har rammer betydning for kunnskapsdelingen?</b>	<b>1 – 10</b>
	Stedet kunnskapsdelingen foregår	5,7
	Tiden du har til rådighet	7,6
	Hvilke kolleger du er sammen med	8,5
	Oppdragets art – Kode 1, 2 eller 3.	5,6

<b>4</b>	<b>Organisasjon</b>	<b>1 – 10</b>
	I hvilken grad opplever du at arbeidsgiver tilrettelegger for kunnskapsdeling?	6,1
	I hvilken grad vil du bruke en wiki/blogg eller annen form for sosiale medier hvis det blir laget for bruk i ambulansetjenesten?	6,1

## Vedlegg 6 – Observasjonsskjema

OBSERVASJONSSKJEMA DATO: \_\_\_\_\_

Navn/alder/utdanning/erfaring

Forskereffekt - Førsteintrykk/hvordan ble jeg møtt.

Observasjon av hva ble det pratet om på oppdraget. Skala 1-10

Tema	Tur 1	2	3	4	5	6	Total
Oppdraget							
Fag							
Stasjon							
Bil/Kjøring							
Utstyr							
Medik							
Mitt Bidrag							

Observasjon i utførelsen av oppdragene. Skala 1-10

	Tur 1	2	3	4	5	6	Total
Samhandling							
Kommunikasjon							
KD/Erfaringsdeling							
Teamfunksjon							
Uformell KD							
Mitt Bidrag							

Når ble KD utført - kontekst – Forskjell på utdanning. Skala 1-10

	Tur 1	2	3	4	5	6	Total
Ved vaktstart							
Før oppdraget							
Underveis							
Etter oppdraget							
Mellom oppdragene							
Ved vaktslutt							
Paramedic							
Fagarbeider							
Lærling							
Hospitant							