

MASTEROPPGAVE

Yrkespedagogikk

Mai 2017

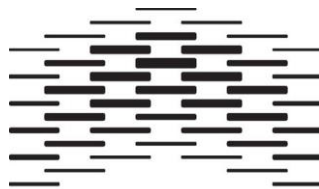
På Alert'n
Kompetanse- og organisasjonsutvikling
i kommunehelsetjenesten



May Brith Bentzen Korgerud

Fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier

Institutt for yrkesfaglærerutdanning



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Det har vært svært inspirerende og ikke minst lærerikt å få forske i dybden på et felt innen yrkesfaglig praksis, som berører min egen arbeidshverdag både som leder og sykepleier i hjemmebaserte tjenester i kommunehelsetjenesten. Samtidig har det vært interessant å kunne forske på et felt som også berører arbeidshverdagen til flere fagarbeidere og profesjonsutdannede i kommunehelsetjenesten. Som leder og forsker har jeg fått gleden av å samarbeide med fagarbeidere, profesjonsutdannede, andre ledere og ikke minst Alert-team som har vært involvert i prosjektet gjennom implementering av arbeidsverktøyet Alert.

Det er først og fremst disse jeg vil takke, for at de har tatt seg tid og ikke minst vært så villige til å både jobbe aktivt med temaet i sin arbeidshverdag, samt å dele sine erfaringer med meg. Gjennom nesten to hele arbeidsår (2015-17), fikk jeg anledning til å fokusere på dette arbeidet på min egen arbeidsplass, og fulgte utviklingen sammen med de aktuelle aktørene i alle fasene av prosjektet. Første gang i forberedelsene før Alert-kurs, deretter gjennom implementeringsarbeid inn i hjemmetjenesten og refleksjoner rundt dette arbeidet og tilslutt gjennom deres deling av gjøremål og tilegning av den praktiske kunnskapen.

I tillegg har Alert- team og særlig leder for Alert på legevakt bidratt med viktige og reflekterte innspill. Jeg vil også takke min arbeidsgiver, kommunen for at jeg har fått "handlingsrom" og støtte til å forske på eget arbeidsfelt og fagarbeidernes læringsutbytte knytta til kompetanse- og organisasjonsutvikling.

Til slutt, men ikke minst, en stor takk til min veileder ved Høyskolen i Oslo og Akershus, Eva Schwencke for gode råd og avgjørende innspill underveis i oppgaven. Jeg vil også rette en stor takk til læringsgruppa mi, for inspirerende faglige diskusjoner og motiverende bidrag gjennom hele studieløpet.

Familien hjemme fortjener likevel den største takk for å ha gitt meg motivasjon og tid til å fullføre denne studien.

Ådal 02. mai 2017

Navn: May Brith Bentzen Korgerud	Dato: 2 mai 2017 Antall sider: 116
-------------------------------------	---

Tittel og undertittel:

På Alert'n- kompetanse- og organisasjonsutvikling i kommunehelsetjenesten. En kvalitativ studie- erfaringer fra deltakelse i kompetanse- og organisasjonsutvikling ved hjemmebaserte tjenester i kommunehelsetjenesten.

Sammendrag:

Studiens bakgrunn og hensikt:

Den primære hensikt er å undersøke om kommunehelsetjenestens hjemmesykepleie er en arena for kompetanse- og organisasjonsutvikling hos personalet gjennom ulike deltagelser. Hensikten er å identifisere hvordan organisering og implementering av arbeidsverktøyet Alert kan fremme personalets kompetanse, og samtidig møte krav i samhandlingsreformens. Jeg har valgt å legge hovedtyngden av teoretiske perspektiver på teori fra Schön, Wenger, Senge, Irgens og Høst. Styringsdokumenter som er benyttet omhandler problemstilling og forskningsspørsmål.

Metode:

Studien har pedagogisk aksjonsforskning fra Hiim & Mc.Niff som tilnærming med et eksplorativt, deskriptivt design. Metoden for innsamling av data er benyttelse av ulike aksjoner som har blitt til underveis i forskningen, etter hermeneutisk modell. Studiens problemstilling og forskningsspørsmål har vært grunnleggende utgangspunkt for de ulike aksjonene. Studiens analyse er inspirert av ulike forfattere om kvalitativ forskning som Kvale & Brinkman og Grønmo.

Resultater:

Et av studiens hovedfunn er Alert-instruktørenes uttrykk for å styrke kommunehelsetjenestens kompetanse med ta i bruk arbeidsverktøyet Alert. Dette for bl.a. å etterkomme samhandlingsreformens krav om å øke kompetanse i forebyggende arbeide og samhandling de ulike helseinstitusjonene seg i mellom. Den sentrale rolle lederen har for tilrettelegging av kompetanse- og organisasjonsutvikling i implementeringsarbeidet har vært sentralt funn. Andre funn i studien er at aksjoner som case-lunsj med refleksjoner i bedrift, har vært med på å gi fagarbeiderne opplevelsen av trygghet og støtte, og opplevelse av anerkjennelse og mestring. Analysen viser videre at kompetanseutvikling i egen bedrift styrker handlings - og relasjonskompetanse, og gjennom dette evne til selvrefleksjon. Funnt tyder på at arbeid med kompetanse- og organisasjonsutvikling avhenger å spille på lag med de ansatte. Demokratiske prosesser i endringsorientert ledelse virker positivt på personalgruppen og inn i arbeidsfellesskapet.

Konklusjon:

Grunnleggende ønske om kompetanse- og organisasjonsutvikling er et fundament for at endring kan skje. Studien avdekker lederrollens betydning i dette arbeidet. Demokratiske prosesser og refleksjon viser seg som gode verktøy for bevisstgjøring og styrking av kompetanse. Studien avdekker et behov for nærmere utforskning om kompetanse- og organisasjonsutvikling i kommunehelsetjenesten.

Refleksjonsgrupper kan ha en betydning for deltagende prosesser, at utviklingsarbeidet blir sett på som betydningsfullt.

Nøkkelord: Kompetanseutvikling, organisasjonsutvikling, endringsorientert ledelse, samhandlingsreformen, kommunehelsetjenesten, Alert.

Title and subtitle:

On the Alert - competence building and organizational development of community health services.

A qualitative study - experiences from participation in competence building and organizational development within home care services in community health.

Summary:

The study's background and purpose:

The primary purpose is to investigate whether municipal health home care is an arena of competence building and organizational development of staff through various participations. The purpose is to identify how the organization and implementation of the work tool Alert can promote staff competence, while meeting demands of the interaction reform. I have chosen to put the bulk of theoretical perspectives on theory of Schön, Wenger, Senge, Irgens and Høst. Management documents used deals with the business issues and with research questions.

Method:

The study has pedagogical action research from Hiim & Mc.Niff as approach, with an exploratory, descriptive design. The method of data collection is the use of various actions that have been made during the research, by hermeneutical model. The business issues and research questions of this study have been the fundamental base for the various actions. The study's analysis is inspired by various authors on qualitative research such as Kvale & Brinkman and Grønmo.

Results:

One of the study's main finding is the Alert instructors' expressions to strengthen municipal health expertise by adopting the work tool Alert. This is, i.a., complying interaction reform demands to increase competence in preventive work and collaboration between the various health institutions. The central role the manager has for facilitation of competence building and organizational development implementation work has been a key finding. Other findings in the study is that the actions such as case lunch with reflections within companies, has helped to provide the skilled workers the experience of confidence and support and experience of recognition and mastery. The analysis also shows that competence development within ones own company strengthens action - and relationship skills, and through this, capacity for self-reflection. Findings suggest that work with competence building and organizational development depends on teaming up with the employees. Democratic processes in change-oriented leadership has a positive effect on the personell group and into the working community.

Conclusion:

Basic desire for competence building and organizational development is a foundation for change to happen. The study reveals the leadership role's importance in this work. Democratic processes and reflection proves to be good tools for raising awareness and strengthening competence. The study reveals a need for further exploration of competence building and organizational development in community health services. Reflection Groups may have an impact on participatory processes, that development is seen as significant.

Keywords: Competence building, organizational development, change-oriented leadership, coordination reform, community health service, Alert.

Innhold

1.0. Innledning	8
1.2. Flere eldre- endringer i omsorgsbehovet	11
1.3. Behov for kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten	
1.3.1. Alert som verktøy for kompetanseutvikling	15
1.4. Endringsorientert ledelse og organisasjonsutvikling med fokus på demokratiske prosesser	16
1.5. Mine erfaringer og førforståelse	17
1.6. Hensikt og mål med prosjektet	19
1.7. Problemstilling – forskningsspørsmål.	20
1.7.1. Forskningsspørsmål	21
1.8. Oppgavens avgrensing	23
1.9. Oppgavens oppbygging	
2.0. Teoretisk referanseramme	25
2.1. Kompetanseutvikling	25
2.1.1. Læring i arbeidslivet	26
2.1.2. Kunnskap og yrkeskompetanse et grunnfundament for å oppnå kompetanseutvikling	27
2.1.3. Refleksjon	30
2.1.4. Relasjonskompetanse	33
2.1.5. Praksisfellesskaper	33
2.2. Organisasjonsutvikling	35
2.2.1. Ledelse	39
2.2.2. Endringsorientert ledelse	41
2.3. Oppsummering av teoretisk referanseramme	41
3.0. Aksjonsforskning som metodisk tilnærming	42
3.1. Metodisk tilnærming	
3.1.1. Kvalitativ tilnærming	43
3.2. Forskningsdesign	43
3.2.1. Valg av forskningsfelt og praktisk tilnærming	45
3.2.2. Aksjonsforskning	46
3.2.3. Hermeneutiske prinsipper	49
3.2.4. Didaktisk relasjonsmodell i aksjonsforskning	50
3.3. Metodetrianglering	51
3.3.1. Arbeidsmetoder og tilnærming for innsamling av data.	51
3.3.2. Fremtidsverksted og SØT-modell	52
3.3.3. Refleksjoner og logg	55

3.3.4. Fagdag og IGP som metode	
3.3.5. Case-lunsj.....	58
3.4. Analyse av metoder	59
3.5. Reliabilitet og validitet	60
3.6. Refleksjon og kritisk tilbakeblikk	60
3.7. Ethiske overveielser	62
4.0. Presentasjon av aksjoner med innsamlet data og refleksjoner av resultater.	63
4.1.1. Hensikten med fremtidsverksted med Alert-team	65
4.1.3. Refleksjon etter gjennomført aksjon med Alert-team, fremtidsverksted med SØT modell som fremgangsmetode?	
4.1.4. Resultat og veien videre	68
4.2. Introduksjon av aksjon 2: Kompetanseutvikling og implementering av arbeidsverktøyet Alert i hjemmetjenesten	69
4.2.2. Presentasjon av Alert- kurs	
4.2.6. Hensikt med caselunsj	74
4.2.7. Gjennomføring av case-lunsj	74
4.2.9. Logg	76
4.2.10. Hensikten med å innføre logg	76
4.2.11. Logg fra fagarbeiderne	76
4.2.12. Refleksjon etter innføring av logg for fagarbeiderne	77
4.2.13. Refleksjon og veien videre etter gjennomføring av tiltak for Alert implementering	77
4.3. Introduksjon av Aksjon 3: Fagdag med ansatte.....	78
4.3.1 Hensikt og planlegging av fagdag med ansatte	78
4.3.2. IGP med rekkeframlegg og roller.....	79
4.3.3 Gjennomføring	80
4.3.4. Del to Case 1.	81
4.3.5. Logg etter fagdag	82
4.3.6. Refleksjon etter fagdag med ansatte	82
4.4. Introduksjon av fagdag av Alert-team	
4.4.1. Hensikten med fagdag for ressurspersoner	83
4.4.2. Gjennomføring og resultat av fagdag	84
4.4.3. Refleksjon etter fagdag.....	86
4.5. Presentasjon av fokusgruppeintervju holdt av masterstudent.....	87
4.5.1. logg og refleksjon etter gjennomføring av fokusgruppeintervju av masterstudent	87
5.0. Diskusjon av studiens funn.....	89
5.1. Innledning.....	90

5.2. Hvordan kan kompetanseutvikling med arbeidsverktøyet Alert være med på å møte krav i samhandlingsreformen?	92
5.2.1. Har vi fått til kompetanseutvikling med arbeidsverktøyet Alert?	94
5.4. Hvordan har fagarbeideren vært med på å bidra til kompetanseutvikling og hvordan har dette hatt betydning for den enkeltes fagarbeider?	104
5.6. Metodediskusjon	113
5.6.1. Validitet, reliabilitet og overførbarhet	113
5.6.2 Aksjonsforskning som metode	115
5.6.3. Makt	116
5.7. Oppsummering og avsluttende refleksjoner.	118
6.0. Konklusjon	120
6.1. Veien videre	122
Litteraturliste	124
Vedlegg:	127
Vedlegg 1: NSD	128
Vedlegg 2. MEWS-score og ISBAR- kommunikasjon	130
Vedlegg 3: Resultat etter fremtidsverksted med Alert-team, legevakta:	132
Vedlegg 4: Kurs i Alert	136
Vedlegg 5: Logg for ansatte	137
Vedlegg 6: Resultater fagdag med IGP	138
Tiltak for å få Gudrun tryggere i sitt arbeid med Alert:	139
Vedlegg 7: Felles fagdag Alert	141
Vedlegg 8. Fokusgruppe- intervju	143
Vedlegg 9: Casetrening.	146
Figurliste:	
Figur 1: Oversikt over aksjoner	45
Figur 2: Ringstadbekkrysset/vurderingskrysset	58
Figur 3: Case-lunsj	59
Figur 4: Gjennomførte aksjoner	64
Figur 5: Aktivitetsplan for implementering av Alert i hjemmebaserte tjenester.....	70
Figur 6: Modell Ringstadbekkrysset/vurderingsmodell	79
Figur 7: Prosjektets fundament	89
Figur 8. Bilde av Mews-skjema med score. Hentet fra:(https://sykepleien.no/en/node/56524 , 2016). Copyright 2016. Gjengitt med tillatelse	130
Figur 9. «ISBAR- kommunikasjonsverktøy». Copyright 2015. Hentet fra Vestre Viken (2015). Gjengitt med tillatelse	131

1.0. Innledning

«Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid. Det skal vi klare med samhandlingsreformen» (St.meld. nr. 47, 2009, s. 1). Samhandlingsreformen ble startet utarbeidet i 2009 da Bjarne Håkon Hansen var helseminister. Fra nyttår 2012, ble reformen innført i Norge. Dette har ført til utfordringer i kommunehelsetjenesten, noe som jeg belyser gjennom dette prosjektet.

Begrepet kvalitet anvendes i mange sammenhenger, ikke minst innenfor helse- og omsorgssektoren. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) gir eksempelvis en rekke anbefalinger for å oppnå tjenester av god kvalitet. Haslestad og Vassjø (2010) refererer til Øgar & Hovland (2004) som hevder at kvalitet kan uttrykkes som forholdet mellom hva som kreves eller forventes og hva som faktisk ytes. Det vil dermed være relevant å undersøke hvordan læring og utvikling på arbeidsplassen kan styrke helsepersonells kompetanse for å nå mål om en helsetjeneste som arbeider proaktiv og yter god kvalitet etter forventninger i Samhandlingsreformens intensjoner. Dette arbeidet vil kreve fokus på både organisasjonsutvikling og endringsorientert ledelse.

Etter at samhandlingsreformen tredde i kraft 2012, har behov for tjenester og behandling i kommunehelsetjenesten blitt endret. Andre typer arbeidsoppgaver har kommet til og flere oppgaver har økt kompleksitet. Det oppleves at kvaliteten er noe tilfeldig hevder Sæterstrand, Holm, Brinchmann (2015). Sæterstrand m.fl. (2015) viser til i sin artikkel om *hjemmesykepleiepraksis- Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis*, studier som viser at prioriteringer i hjemmetjenesten viser opplevelser av mangel på faglig forsvarlighet. Det har vært en rasjonalisering av tjenester og det har oppstått en rekke uønskede prioriteringer på grunn av økende arbeidsmengde. Videre hevder de at mangel på fagpersonell med nødvendig kompetanse kan få alvorlige følger for de ulike pasientene, og at ansatte i helse- og omsorgstjenesten erfarer stort press, fordi kravene til hva som skal ytes er for høye. Manglende ressurser blir ofte kompensert ved å rasjonere tjenester. Det vil si at kvaliteten senkes og oppgaver blir valgt bort. Åndelige behov og psykososiale tjenester hos pasientene nedprioriteres for å rekke over andre vedtak som er bestilt. Eldre aleneboende pasienters opplevelse av mottatt hjemmesykepleie viser at kontinuiteten i omsorgen kan bli bedre. Studiene det refereres til i Sæterstrand m.fl. (2015) viser at kvalitet i sykepleien i hjemmebasert omsorg generelt og studier av tverrfaglig samhandling kommunalt viser at kommunene møter og har møtt utfordringer i lang tid, knyttet til det å utføre forsvarlige

tjenester også allerede før innføringen av reformen i 2012 (Sæterstrand, et al., 2015). Hensikten med dette forsknings- og utviklingsprosjektet blir dermed å se på hvordan jeg som leder i hjemmebaserte tjeneste i kommunehelsetjenesten kan arbeide med helhetlig og praksisnær kompetanseutvikling med fokus på organisasjonen og endringsorientert ledelse, dette med tanke på å møte krav i samhandlingsreformen. Jeg har valgt å rette fokus på fagarbeidere, her ved hjelpepleiere og helsefagarbeidere, samt sykepleiere, om utfordringer de møter i sitt daglige arbeid i hjemmebaserte tjenester, blant annet som følge av den nye reformen. For å belyse metoder for hvordan man kan tilrettelegge og utvikle kompetanse og nye rutiner innad i praksishverdagen i vår helsetjeneste, velger jeg gjennom dette prosjektet å benytte arbeidsverktøyet Alert (kap. 1.3.1).

1.1. Samhandlingsreformens betydning for omsorgssektoren

«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 13). Før samhandlingsreformen tredde i kraft opplevdes det at tjenestene var preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Pasienter ble innlagt i spesialisthelsetjenesten for behandling, selv om mange av de vanligste innleggelsene i sykehus kunne vært unngått med forebygging, god samhandling og behandling i hjemmet. Det var også et argument i reformen at tjenestene var i ferd med å bli for kostbare. Den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbilde ville kunne true samfunnets økonomiske bæreevne, og var derfor også et argument for å iverksette tiltak for bedre samhandling (Norsk forskningsråd, 2016). Helsedirektoratet la høsten 2008 (Revidert 09/10) ut en høring hvor det fremgikk at samhandlingen innen aktørene i omsorgstjenestene ikke var gode nok. I Stortingsmelding 47 (08/09) kommer det fram at regjeringen mener at hovedutfordringene for å få bedre til denne samhandlingen, er knyttet til at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke fungerer godt nok i dag. Primært gjaldt denne samhandlingen mellom primær- og sekundærhelsetjenesten¹, slik at omsorgsnivåene kunne kommunisere

¹ **Primærhelsetjeneste** er helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består av [allmennpraktiserende leger](#), [hjemmesykepleie](#), helsesøstre, [fysioterapeuter](#), [ergoterapeuter](#), [logoped](#), annet helsepersonell som kiropraktorer, og av institusjoner som [sykehjem](#) og bo- og servicesentre. Primærhelsetjenesten kalles ofte «førstelinjetjeneste», i motsetning til «andrelinjetjeneste» som er [spesialisthelsetjeneste](#).

Spesialisthelsetjenesten omfatter offentlige sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk og ambulansetjeneste. [Tildelingskontoret](#) ivaretar rettssikkerheten til innbyggerne uavhengig av alder og bosted i kommunen. Alle som bor og midlertidig oppholder seg i en kommune skal få nødvendig helsehjelp og pleie og omsorg.

trygt og sikkert seg i mellom. Eksempler på de ulike omsorgsnivåene som skal samhandle er kommunehelsetjenesten, sykehus og kommunens tildelingskontor (Norsk forskningsråd, 2016). I revisjon av samhandlingsreformen (2016) kom det frem at det fortsatt er store mangler både innen samhandling – kommunikasjon mellom ulike instanser, spesielt mellom primær og sekundærhelsetjenesten og at det fortsatt er store mangler i kompetansen blant de ansatte, primært i kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformen var begrunnet med et ønske om å overføre oppgaver og ressurser fra stat til kommune. Økt kommunalt ansvar og fokus på forebygging og ivaretagelse av kronikere på en god måte var ment å skulle føre til færre innleggelser og kortere liggetid i sykehus (Norsk forskningsråd, 2016). I St. meld. nr. 47 om Samhandlingsreformen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2009) stilles det store krav til kommunehelsetjenesten. Det blir mer komplekse tjenester og det gis følgende anbefalinger til kommunene:

Helsepersonell er den største og viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten.

Helsetjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass med utviklingsmuligheter og gode og trygge arbeidsvilkår. Det er vanskelig, for ikke å si umulig, å lykkes med gjennomføringen av helsepolitikken dersom ikke den personalpolitiske og personalmessige situasjonen er tilpasset målene som er satt (s.36).

En framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politisk utforming med hensyn til innhold, fagutvikling og kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. I samhandlingsreformen legges det vekt på at den forventede veksten for samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunen (Meld. St. 29 (2012-2013), 2016). Det gis en beskrivelse og drøftelse av oppgaver som er å betrakte som en oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne stortingsmeldingen. Et samarbeid om felles mål har vært nødvendig, dermed ble samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten viktig. Eksempelvis har helhetlig pasientforløp med samordnende tjenester stått i fokus. I praksis overfører altså spesialisthelsetjenesten stadig flere oppgaver til primærhelsetjenesten både fordi den medisinsk-tekniske utviklingen gjør det mulig med behandling på et lavere omsorgsnivå, og fordi liggetiden i sykehus presses ned og

dagbehandling overtar mer av den tradisjonelle sykehusbehandlingen (Norsk forskningsråd, 2016).

For å kunne møte disse kravene er kompetanseutvikling for helsepersonell i kommunehelsetjenesten nødvendig. Det presiseres i reformen (2009) at kommunene må tilrettelegge for opplæring av ansatte slik at det utvikles holdninger og verdier som samsvarer med og understøtter det helsepolitiske verdigrunnet og de helsepolitiske målene. Mye tyder på at bevisstgjøring og opplæring av helsepersonell blir en viktig del av den nye helsereformen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2009). I kommunehelsetjenesten finnes det færre leger og sykepleiere per pasient, til sammenligning med sykehus og spesialisthelsetjenesten. Dermed blir godt kvalifiserte fagarbeidere og profesjonsutdannede et grunnleggende fundament i kommunale helsetjenester (Norges forskningsråd, 2016). Dette vil blant annet kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av brukere med høy risiko for utvikling av sykdommer. Det er et ønske og et mål i vår kommune å inneha 30 % sykepleierdekning og 50 % fagarbeidere. I dag har vi ca. 16 % sykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten. En konsekvens av dette er at hjelpepleiere og helsefagarbeidere (fagarbeidere) må jobbe mer selvstendig og ta et større faglig ansvar. Dette vil jeg med dette forsknings- og utviklingsprosjektet vise er mulig med arbeidsverktøyet Alert² som presenteres i kapittel 1.3.1.

1.2. Flere eldre- endringer i omsorgsbehovet

Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene fremstår i dag som en omfattende og kompleks kommunal oppgave. Tjenesten er kompleks i forhold til at den er regulert gjennom ulike lov- og formkrav, i henhold til innhold, omfang, kvalitet og standard i tjenestene.

Bjarne Håkon Hansen utalte seg i Dagsavisen (2013) om at organiseringen av helse- og omsorgssektoren ikke lenger var bærekraftig. Den tidligere statsråden mente det ville være umulig for Norge å ta vare på dobbelt så mange eldre på samme måte som i dag. Han hevdet også at morgendagens eldre vil stille langt større krav til helsetjenester enn dagens eldre og at mange har ønske om å bo hjemme (Therkelsen, 2013). Behovet for hjelp og bistand fra helse- og omsorgssektoren er størst i de aller eldste aldersgruppene, og avansert medisinsk behandling og pleie gjør at eldre lever lenger med stor helsesvikt (Karoliussen og Smebye, 2004 referert i Haslestad & Vassjø, 2010). Endrede symptomer og flere sykdommer samtidig

² Alert " På alerten" betyr å være våken, klar, beredt, på vakt. Mer forklaring for dette prosjektets betydning kommer i kapittel 1.3.1. (nrk.no/hordaland/pa-alerten).

hos eldre, gjør sykdomsbildet komplisert og stiller krav om tverrfaglig og kompetent innsats fra helsepersonellens side (Haslestad & Vassjø, 2010).

Forståelsen for endring av fremtidens helsetjenester kan lett sees når vi ser på folketallstatistikk. I overkant av 200 000 personer mottar nå omsorgstjenester i form av hjemmetjenester eller tilbud i alders- og sykehjem. Om lag 40 000 brukere mottar tjenester i alders- og sykehjem, mens vel 160 000 brukere mottar hjemmetjenester (SSB. Samfunns-speilet. 3., 2015). Det blir flere eldre i Norge, i 2013 var 13 prosent av befolkningen over 67 år. I 2020 vil det være 24.000 flere 80-åringere. Frem mot 2050 vil 21 prosent være eldre enn 67 år, noe som betyr at det blir færre fagarbeidere sammenlignet med at behovet for helse- og omsorgstjenester vil vokse kraftig. Dette vil også bety at vi vil få problemer med å finansiere videreføring av dagens velferdsordninger (Statistisk sentralbyrå, 2013), (Therkelsen, 2013).

Som sagt har samhandlingsreformen skapt både nye og store utfordringer for kommunehelsetjeneste. Finansieringssystemene har ikke bidratt til i tilstrekkelig grad å understøtte en riktig oppgavedeling i forhold til ønsket mål i reformen. Det kom frem i evaluering av samhandlingsreformen (2016) at det er flere årsaker til at det hittil ikke er utviklet en sterkere kommunal rolle på helse- og omsorgsområdet. Hovedårsaken vurderes å være at kommunene ikke har hatt forutsetninger nok for å kunne utvikle tilstrekkelig robuste faglige og organisatoriske miljøer og virksomheter. Når vi samtidig ser at aktiviteten i den kommunale omsorgstjenesten de siste årene har hatt sterk vekst og organiseringen betydelig endret er det forståelig at utfordringene er store (Norsk forskningsråd, 2016).

Tidlig utskrivning, økt behandling i kommunene og større krav til å unngå sykehusinnleggelse har satt store krav til god observasjons- og handlingskompetanse av personalet i hjemmetjeneste og sykehjem. Dette gjelder både for utskrivelse av alvorlig syke pasienter som har behov for omfattende hjemmesykepleie og behandling, så vel som hjemmeboende med komplekse sykdomsbilder. Utfordringen er blant annet at mange eldre har sammensatte sykdomsbilder, og ofte gjentakende forverrelse av sykdom. Dette har vi merket i vår hjemmetjeneste, blant annet ved større fallrisiko hos beboere både på grunn av sykdom, alder og bivirkninger av medikamenter. Redusert inntak av drikke og mat fører til komplikasjoner som dehydrering, forstoppelse, urinveisinfeksjon og lungebetennelse og fallfare, som igjen ofte kan føre til sykehusinnleggelse. På grunnlag av dette, er det viktig at fagarbeideren har god kjennskap til pasientenes historikk, ved god kjennskap kan man være i forkant og jobbe proaktivt (Sæterstrand, et al., 2015).

1.3. Behov for kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten

I dette prosjektet tenker jeg med kompetanseutvikling som den utviklingen fagarbeiderne kan tilegne seg i den daglige praksis i kommunehelsetjenestens hjemmesykepleie. *Kompetanse* er ofte brukt som et begrep der det faglige stemmer overens med utøverens arbeidsoppgaver som samsvarer med den faglige kompetansen som kreves i yrket og de kvalifikasjoner det blir stilt krav til (Hiim & Hippe, 2001). Det er av nødvendighet at fagarbeidere som hjelpepleiere/ helsefagarbeidere og profesjonsutdannede kontinuerlig arbeider med å utvikle yrkeskompetanse. Samhandlingsreformens intensjoner er at personell fra helse- og omsorgssektoren skal fokusere på forebygging fremfor reparasjon. Med dette skal det sørges for økonomiske intensiver som setter kommunene i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger (Meld.St 26, 2012). Dette har blant annet ført til at kommunene må bygge opp kompetanse for å løse oppgaver som tidligere ble utført i sykehus. Oppgavene kan for eksempel være ulike intravenøse behandlinger og injeksjoner, respiratorbehandling, kreftbehandling og palliativ pleie. Når disse oppgavene er sykepleierrettet, kreves det at fagarbeiderne tilegner seg nødvendig kompetanse for å kunne bistå profesjonsutdannede i det daglige virke.

Nesten 90 prosent av landets helsepersonell i kommunehelsetjenesten forteller om økt kompleksitet- og arbeidsbelastning. Rundt 30 prosent forteller at den helsefaglige kompetansen som skal håndtere arbeidsoppgaver, har økt. Det er mer av *ad-hoc* opplæring og det oppleves at det er lite satsing på formell utdanning (Haukelien & Vike, 2015- Vike, 2016). Det viser seg at selv om kommunene mottar sykere pasienter med større behov for behandling og pleie enn tidligere, har kommunene hverken økt kapasiteten eller hevet kompetansen til ansatte nevneverdig etter innføringen av samhandlingsreformen (Riksrevisjonen, 2016).

Fra legevaktens Alert-team fikk jeg i oppstarten av dette prosjektet presentert et eksempel om at når legevakt etterspør objektive målinger for å kunne kategorisere sykdomsforløp ved henvendelse fra kommunehelsetjenestens personell, har ikke fagarbeiderne eller de profesjonsutdannede kunne svare på dette. De har en subjektiv vurdering om at pasienten er syk fordi de kjenner pasienten fra tidligere, men de har ikke klart å være objektivt beskrivende. Dette har vanskeliggjort legevaktsarbeidet og det har vært vanskelig å gjøre vurderinger i forhold til hastetiltak. Dette tyder på svakheter i kompetansen til personalet, og i samhandlingen med andre helsetjenester. Dette tyder på at det er et nødvendig prioriteringsområde for kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformens krav vil føre til endringer, og vi vil med dette stå ovenfor store utfordringer med en rekke organisasjonsendringer. Behovet for kompetanseutvikling i årene som kommer vil øke som følge av dette. Krav om kompetanseutvikling har således blitt mer og mer institusjonalisert de siste årene. Det er et ønske om at sykepleiere tar etterutdanning og oppfordres til mastergrader innen klinisk helsearbeid. Videre er behovet for at fagarbeiderne tar etterutdannelse, spesielt på fagskoler økende. Det viser seg imidlertid at det er en utfordring å få fagarbeidere og profesjonsutdannede til å starte opp med etterutdanninger. Uttalelser som at de ikke ønsker å ta etterutdanning for eksempel på grunn av livssituasjon er ikke uvanlig hevder Illeris (2012). En utfordring blir dermed å utvikle ikke-institusjonell kompetanseutvikling internt i de ulike helsetjenestene, noe som så vel utfordrer og ivaretar fagarbeiderne, som samfunnets ulike krav.

I historisk perspektiv er hjelpepleier-faget en utdanning som har vært preget av samfunnets krav. Frem til 1940, da Lov om yrkesskoler for håndverk og industri ble vedtatt, fremsto utviklingen innen yrkesfaglig opplæring til en viss grad som tilfeldig, og uten noen samlet plan. Statens yrkeslærerskole ble først etablert i 1947. Lenge var heller ikke utdanning av lærere til det yrkesfaglige feltet noen prioritert oppgave, det viktige var at de var dyktige yrkesutøvere. Historisk hadde yrkene sin egen opplæringstradisjon med mesterlære, der lærlingen fulgte og lærte av mesteren i det daglige arbeidet. Bakgrunnen for hjelpepleieryrket var sykepleiermangel, slik at det ble behov for å avlaste sykepleierne for noen av deres oppgaver (Offergård, 2014). Noe av samme behovet kan vi igjen se i dag, spesielt etter at samhandlingsreformen (2009) tredde i kraft. Vi opplever i dag at det er sykepleiermangel, og vi har med dette behov for å utvikle kompetanse til fagarbeiderne, slik at det på nytt blir tilpasset samfunnets krav.

Dagens store interesse for læring i arbeidslivet dyrkes blant annet i EU og OECD som gir råd til landets regjering. Det er dermed god grunn til å forvente at læring i arbeidslivet kommer til å spille en økende rolle i utdanningsbilde fremover fastslår Illeris (2012). Ved systematisk oppbygging av et læringsorientert arbeidsmiljø kan man styrke denne læringen betydelig. Det er dette som er den sentrale ideen bak de tilnærmingene som kalles «organisatorisk læring» og «den lærende organisasjonen» (Illeris, 2012).

En av utfordringene til lederne i kommunehelsetjenesten er at for å få til å forebygge sykehusinnleggelse og få til økt behandling i hjemmet, må man øke fagkvalitet. Det er avdelingslederens ansvar å implementere nye prosedyrer i det daglige arbeidet. Ledelsen må

spille på lag med medarbeiderne under implementering av nye rutiner, gi medarbeiderne mestring og medbestemmelse i prosessene. For å få til dette er det viktig at hver enkelt medarbeider får en følelse av å bli tatt med i avgjørelser for hvordan implementering kan foregå i enheten (Høst, 2014).

1.3.1. Alert som verktøy for kompetanseutvikling

ALERT er et kurskonsept, utviklet i England og Sverige, og har vært i bruk på A-hus, Sykehuset Østfold og Bærum sykehus i flere år. I januar 2015, startet implementering av arbeidsverktøyet Alert i kommunehelsetjenesten hvor dette forsknings- og utviklingsprosjektet omhandler. Konseptet var ikke tidligere prøvd ut i kommunehelsetjenesten, og det ble dermed nærliggende og velge ut dette arbeidsverktøyet i dette forskning- og utviklingsprosjektet. I forbindelse med at Alert skulle implementeres i hver av kommunehelsetjenestens tjenestesteder, for hver og en fagarbeider og profesjonsutdannet, kunne jeg med dette aktivt jobbe med kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmetjenestesen hvor jeg er leder. Opplæringen bygger på prinsippet “train the trainer”(Smith, 2013). Alert-prosjektet utdannet seks super-instruktører i januar 2015, som igjen har holdt kurs for 1250 sykepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere i våre seks samhandlingskommuner innen våren 2017. Kurset består av en teoridel og en praktisk del med case-trening. Videre er det opp til hver avdeling hvordan de vil arbeide med å innføre arbeidsverktøyet inn i de daglige rutinene.

Acute Life-threatening- Events – Recognition & Treatment- Alert³ (Smith, 2003), er et verktøy for *tidlig identifisering av sykdomsutvikling*- MEWS⁴ og et verktøy for *sikker kommunikasjon*- ISBAR⁵. Hensikten med Alert er å øke personalets kompetanse til å gjenkjenne risikoutsatte pasienter og identifisere blant annet organsvikt i et tidlig stadium, iverksette forordnede tiltak og forebygge sykdomsforverring og for å forbedre kommunikasjonsinformasjonen som

³ Alert skal bytte navn til *Proact*, akkurat med tanke på navnets betydning. Fordi kommunen med samarbeidskommunene som jeg forsker i fortsatt jobber aktivt med Alert og ikke *Proact* velger jeg å benytte Alert videre i dette Forskning- og utviklingsarbeidet.

⁴ MEWS – (Modyfied Early Warning Score), for å avdekke endringer i vitale målinger som Blodtrykk, Puls, Respirasjonsfrekvens, temperatur og bevissthet, som kan fortelle noe om forverring av helsetilstand på et tidlig tidspunkt. MEWS- score er et verktøy som skal benyttes når målinger tas av syk person. Ut fra resultat gir dette kortet deg instruksjon om hvordan du skal opptre videre.

⁵ISBAR – er et kommunikasjonsverktøy for samhandling helseinstanser seg i mellom. Her følger en introduksjon om hva helsepersonellet skal ha klart og hvordan de skal kommunisere med annet helsepersonell da de ringer inn en syk person for eksempel til legevakt eller AMK.

behøves for å underrette omverdenen. Smith (2003) skriver at det er et faktum at det er bedre å forebygge enn å behandle, og ingen steder gjelder dette mer enn i ivaretagelsen av syke pasienter, om det gjelder kronisk sykdom eller en kritisk syk person (Smith, 2003).

1.4. Endringsorientert ledelse og organisasjonsutvikling med fokus på demokratiske prosesser

Ledelse og det å lede handler om å gjøre en oppgave sammen med mennesker. Når flere mennesker skal utrette noe sammen, er det behov for ledelse. Ledere må ha innsikt i hvordan mennesker er og reagerer- alene, sammen med kollegaer og i forhold til omgivelsene (Innbjør & Kleivland, 2007). Endringsledelse består av de to ordene ”endring” og ”ledelse”. Det markerer at lederne har et hovedansvar for planlegging, gjennomføring og evaluering av endringsprosesser. Endring er et lederansvar og leder vil ha stor innvirkning på resultatet av en endringsprosess (Høst, 2014).

Organisasjonsutvikling kan være en mulig teknikk å benytte for å gjennomføre en planlagt endringsprosess. Organisasjonsutvikling er en bevisst forandring av organisasjonen med sikte på å bedre effektiviteten, bedre de sosiale forholdene og øke organisasjonens problemløsende evne (French & Bell, 84., Gustavsens, 76., referert i Høst 2014). Gjennom dette forsknings- og utviklingsarbeidet har det vært av betydning å bygge strukturer for å ivareta kontinuiteten i endringsarbeidet og for å ivareta de ansatte med å bygge kultur for endring og kompetanseutvikling.

Mine erfaringer er at når det gjelder endringsledelse og organisasjonsutvikling er at det ikke finnes en ren oppskrift på hvordan dette bør gjennomføres. Å endre seg i takt med utviklingen kan oppleves som en utfordring når nå endringer skjer raskere og mer dramatisk enn noen gang tidligere. Å ha fokus på endringer i oppgavefordelingen mellom leger, sykepleiere og fagarbeidere har blitt av betydning også i vår hjemmetjenestedistrikt⁶. Hovedutfordringen i alt endringsarbeid består i å finne en måte å gjennomføre endringen på. Det viktigste vil være å trekke med seg de som blir berørt av endringene. Dersom de ansatte som berøres av endringen er involvert fra start og føler et eierforhold til både problemene og de løsningene som velges,

⁶Hjemmebaserte tjenester er et tilbud til innbyggere med behov for hjemmesykepleie og praktisk bistand (hjemmehjelp) i hjemmet. Kommunens tildelingskontor, tildeler tjenester etter lov om helsetjenester. I kommunen hvor jeg arbeider er det delt inn i seks hjemmetjenestesoner, hvorav jeg er leder for en av sonene. Sonen jeg tilhører har 48 ansatte og ca.70 brukere, med tilhørende omsorgsboliger og bofelleskap for demente.

er sannsynligheten for at man lykkes mye større enn om man ikke inkluderer dem (Høst, 2014).

For å kunne arbeide med endringsorientering mener jeg det er av betydning at det blir tilrettelagt for helhetlig og praksisnær kompetanseutvikling i primærhelsetjenestens – hjemmebaserte tjenester. På bakgrunn av kompetanseutvikling med arbeidsverktøyet Alert i fokus vil det være hensiktsmessig at både leger og sykepleiere er engasjert i og samarbeidet om opplæringen i alle ledd og med alle faggrupper. Det at ledelse og fagarbeidere jobber i samme retning for å kunne møte nye krav og utfordringer tror jeg er hensiktsmessig for utviklingen. Jeg er enig med Høst når han presiserer at endringsorientert ledelse med demokratiske prosesser er av stor betydning for å få gjennomslag for endringer (Høst, 2014). Tradisjonelt sett har man i Norge hatt en sterk vekt på demokratisering og likhetsperspektiver noe som er ulikt andre land hvor man i større grad har en ”top-down” organisasjon, med mindre involvering fra medarbeiderne (Høst, 2014). Det viser seg ofte at mennesker generelt ofte er med på endringer, men de er imot og *bli* endret (Senge, 1999).

1.5. Mine erfaringer og førforståelse

Jeg er utdannet pedagog, sykepleier og hjelpepleier. Min arbeidserfaring har hovedtyngde fra sykehus. Her arbeidet jeg blant annet i akuttmottak, der arbeidsoppgavene ofte består av abcd-metodikk, med mange av de samme prinsippene som blir benyttet i arbeidsverktøyet- Alert (som blir presentert i kapittel 2.3.1). Videre har jeg arbeidet fem år i den videregående skole. Parallelt med dette har jeg jobbet 12 år med voksenopplæring for praksiskandidater innen helsefag. I februar 2015 startet jeg å jobbe som sykepleier i kommunehelsetjenesten. De siste to årene har jeg jobbet som leder i hjemmebaserte tjenester.

I mitt tidligere virke som faglærer for helse- og oppvekstfag fikk jeg kjennskap til arbeid i kommunehelsetjenesten da vi fulgte elever i faget PTF. Ved ulike anledninger ble jeg forundret over arbeidsrutiner i kommunehelsetjenesten. Min opplevelse var at mange funksjoner i arbeidshverdagen var pålagt sykepleierne. Dette var arbeidsoppgaver som jeg tidligere var vant til at fagarbeiderne utførte, spesielt i sykehus. Dette kunne være arbeidsoppgaver som å måle blodtrykk⁷, telle puls og respirasjonsfrekvens av brukere i tjenesten. En hendelse var da vi var hjemme hos en bruker der eleven skulle gjennomføre

⁷ Blodtrykk utføres med en blodtrykksmansjett og stetoskop. Dette kan gjøres både manuelt og elektronisk som oftest på pasientens overarm. Puls telles ved å holde på pasientens håndledd mens man teller pulsslagene. Respirasjonsfrekvens, da teller man hvor mange ganger personen puster inn og ut i løpet av et minutt.

morgenstell, kom en sykepleier etter i egen bil for å utføre objektive observasjoner av pasienten. Å ta blodtrykk og telle puls er oppgaver som elever ved helsefag øver på i skolen, og som ofte er en av oppgavene under fagprøven. Det viste seg altså at i kommunehelse-tjenesten har blant annet dette blitt *en* av mange sykepleieoppgaver, i stede for at de kunne utføres av fagarbeideren som sto pasienten nærmest der og da.

Da jeg senere startet å jobbe som sykepleier i kommunehelsetjenesten oppdaget jeg at dette ikke bare var et fenomen i hjemmetjenesten, men var mer en realitet enn en sjeldenhet. Jeg ble introdusert for en noe annen arbeidshverdag enn jeg tidligere var vant til. Blant annet var det færre sykepleiere på jobb, og det var liten tilgang til lege. Jeg oppfattet også at fagarbeidere som helsefagarbeidere og hjelpepleiere hadde en annen rolle her enn i sykehus. Arbeidsoppgavene handlet mye om stell og pleie, kostholds-relaterte arbeidsoppgaver og praktisk bistand. Det var minimalt med medisinske målinger og observasjoner, slik jeg tidligere hadde vært vant til at denne faggruppen utførte. Min opplevelse var at fagarbeiderne i kommunehelsetjenesten ikke fikk mulighet til å utnytte og ta i bruk sin hele og fulle yrkeskompetanse. Det kunne virke som at profesjonsskille førte til at ikke all kompetanse som fantes ble utnyttet og at det til tider ble arbeidet ineffektivt.

Objektive observasjoner som tidligere nevnt er viktige målinger å utføre med tanke på tidlig indentifisering av sykdomsforløp og endring av tilstand hos kronisk syke pasienter. Ved kontinuerlig og kjente målinger av normalverdier hos pasientene kan tiltak iverksettes på et tidlig tidspunkt og forhindre sykehusinnleggelse. Etter helsepersonelloven kapittel 8 §39 dokumentasjonsplikt, skal det også her refereres til objektive data. Jeg startet opp med veiledning og motivering på min daværende arbeidsplass for at fagarbeiderne utførte og ble trygg på disse arbeidsoppgavene. I mars 2015, ble det avholdt kurs i Alert ved denne institusjonen. Dette sto i samsvar med de arbeidsmetodene jeg tidligere var kjent med fra sykehus og for meg en riktig tilnærming for fagutvikling i kommunehelsetjenesten.

I mitt arbeid som avdelingsleder i hjemmebaserte tjenester er store deler av arbeidshverdagen min på kontor. Jeg har personal- og pasientansvar, fagansvar, drift- og budsjettansvar. Jeg synes det er viktig at alle skal få lov til å bidra med sin fagkunnskap i sitt arbeid, at de føler de kan bruke evnene sine og ikke oppleve begrensinger i sitt arbeid. Jeg er opptatt av at det ikke skal oppstå profesjonskamp mellom yrkesutøverne og at de ansatte skal føle at vi jobber sammen som et team. Jeg er også opptatt av at pasient- og pårørende skal føle at hjemmebaserte tjenester er til å stole på, at vi har godt kvalifiserte ansatte. Utjevning av forskjellene mellom kommune og stat er en utfordring, det bør ikke oppleves som at det er et

a-lag og et b-lag. Arbeidsmetodene bør tilstrebes å være på samme nivå, og pleierne i hjemmebaserte tjenester skal oppleve å være like trygge i Alert-rutiner som annet helsepersonell. For meg har det alltid vært viktig å fokusere på å utvikle alle yrkesgrupper, slik at arbeidet blir mest mulig hensiktsmessig og effektivt i forhold til de arbeidsoppgaver som forventes og kreves av helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Som pedagog, forsker og leder synes jeg dette er en spennende og relevant utfordring. Kontinuerlig kompetanseutvikling er viktig, både for å følge med på krav som stilles, og for at hver enkelt person skal oppleve faglig utvikling og dermed få både en mer ansvarsfull og spennende arbeidshverdag. Jeg ønsket med dette prosjektet at alle fagarbeiderne i aktuelle hjemmetjeneste skulle bli mer selvstendig i sitt arbeid, at sykepleierne opplevde avlastning og at samhandlingen mellom faggrupper og andre helsetjenester fikk bedre flyt.

I dette Forsknings- og Utviklings (FoU) prosjektet, har jeg fått muligheten til å arbeide med endring av arbeidsrutiner og kompetanseutvikling med tanke på god observasjons- og handlingskompetanse. På bakgrunn i reformen er det i dette FoU-prosjektet viktig for meg å etablere en samarbeidskultur og støtte oppunder endringsarbeid og kompetanseutvikling innad i hjemmebaserte tjenester. For å kunne få til dette har jeg måtte fordype meg i tema endringsorientert ledelse og organisasjonsutvikling. I forhold til iverksettingen av nye tiltak- og arbeidsverktøy som dette prosjektet omhandler. Det er viktig for meg å sikre at satsningen er et felles anliggende for alle i organisasjonen og ikke bare for utvalgte eller spesielt interesserte. Jeg har tro på at dette arbeidet skal lykkes, da det er en nødvendig utvikling for kommunehelsetjenesten. Forventninger om motstand og diskusjoner hadde jeg, og valget er derfor aksjonsforskning som metode, for å kunne jobbe med ulike metoder for implementering over tid.

1.6. Hensikt og mål med prosjektet

Målet med dette FoU- prosjektet er å arbeide med helhetlig og praksisnær kompetanseutvikling og å lage rutiner i organisasjonen for å få til varig endring over tid. Empirien er hentet fra en kommune hvor det i 2015 ble gjennomført en strategisk organisasjonsutvikling for å imøtekomme behov og krav om å få til en mer forebyggende og samhandlingsorientert organisasjon. Et av de virkemidlene som ble iverksatt var blant annet innføring av arbeidsverktøyet Alert. Jeg har tatt for meg helseutdannede fagpersonell og har hatt samhandlingsreformen (2009) i fokus. Som leder er jeg opptatt av kompetanseutvikling i alle ledd. Hensikten er å tydeliggjøre og øke fagarbeidernes egen kompetanse og inspirere til

videre utvikling. Da er det av betydning å få frem de ansattes utviklingsmuligheter, lærelyst, nysgjerrighet og utholdenhet på likhet med prinsipper for opplæring (Udir, 2006).

Jeg har benyttet aksjonsforskning som metode i dette utviklingsarbeidet. I hovedsak har forskningen foregått ved hjemmebaserte tjenester hvor jeg arbeider som leder. Jeg har forsøkt å finne ut hvordan jeg har kunnet legge til rette for både den enkeltes faglige utvikling og organisasjonsutvikling. Samt å sette fokus på etablering av felles læring og gode sosiale relasjoner mellom medarbeiderne. I arbeidet med dette prosjektet har det vært viktig å utvikle meg som leder og et ønske om å få et mer bevisst forhold til mine lederegenskaper og arbeid med demokratiske prosesser i endringsorientert ledelse. Jeg har satt meg inn i ulike metodiske modeller, som jeg har benyttet og prøvd ut i enheten. På dette grunnlaget har jeg i prosjektet valgt å finne ut hvordan vi kan jobbe sammen i avdelingen for å klare å implementere nye rutiner og med dette gjennomføre organisasjonsendringer. Fordypningen i prosjektet handler om kompetanseutvikling for fagarbeidere i hjemmebaserte tjenester med tanke på å kunne møte krav i samhandlingsreformen. For å sikre dette har jeg lagt organisasjonsutvikling inn i prosjektet.

1.7. Problemstilling – forskningsspørsmål.

I dette FoU- prosjektet undersøkes det hvordan jeg via pedagogisk aksjonsforskning kan bidra til helhetlig og praksisnær kompetanse- og organisasjonsutvikling for fagutdannet helsepersonell i hjemmebaserte tjenester i kommunehelsetjenesten. Her med fokus på både hvordan jeg som leder kan være med å bidra til dette og hvordan de ulike aktørene i prosjektet har kunnet medvirke i prosessen. Både med tanke på metoder som er valgt og med tanke på å gjennomføre endringsorientert ledelse. Derfor ble det interessant å studere dette på aksjonsnivå.

Ut fra mine tanker om tema for prosjektet har jeg kommet fram til følgende problemstilling- og forskningsspørsmål.

Hvordan kan jeg som leder bidra til helhetlig og praksisnær kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester- og dermed møte krav i samhandlingsreformen rettet mot endringsorientert ledelse?

1.7.1. Forskningsspørsmål

I tillegg til forskningens problemstilling har jeg utarbeidet forskningsspørsmål som er delt inn i tre hovedkategorier. Disse skal gjennom forskningens arbeid operasjonaliseres⁸.

Første spørsmål lyder:

1. Hvordan kan kompetanseutvikling med arbeidsverktøyet Alert- være med på å imøtekomme krav i samhandlingsreformen?

Dette forskningsspørsmålet retter oppmerksomheten mot kompetanseutvikling på arbeidsplassen, med særlig vektlegging på hvordan Alert kan være med på å bidra til å møte krav nedfelt i samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformens krav vil føre til endringer og behov for kompetanseutvikling i årene som kommer vil øke som følge av dette. Utfordringen blir blant annet å utvikle ikke-institusjonell kompetanseutvikling med læring på arbeidsplassen. Arbeidsverktøyet Alert er med på å bidra til kompetanse for å kunne gjenkjenne risikoutsatte pasienter, iverksette forordnede tiltak og forebygge sykdomsforverring ved å gjøre riktige tiltak. Det handler om en grunnleggende forståelse for sykdomsinnsikt, handling i forhold til akutt sykdom og behandling av kronisk syke. Arbeidet skal være rettet mot forebygging av forverring av sykdomstilstand og reduksjon av gjentakende sykehusinnleggelse. Dette handler om den ikke- skoleinstitusjonelle kompetansen man tilegner seg, som vi kan tilrettelegge for innad i hjemmebaserte tjenester.

Neste forskningsspørsmål omhandler tema lærende organisasjon, strukturelle endringer og det å bygge kultur i bedrift. Spørsmålsformuleringene her er:

2. Hvordan bygge en lærende organisasjon via endringsorientert ledelse, og hvordan kan fagarbeiderne være med på å bidra til dette?

Bakgrunn for mitt valg av forskningsspørsmål nr. 2, er de stadige endringene som oppleves i dagens samfunn generelt og i helsesektoren spesielt. Jeg har selv vært involvert i flere omorganiseringer og endringer, hovedsakelig som medarbeider og ikke som leder. Jeg har selv fått oppleve både godt planlagte og mindre godt planlagte endringer. Av erfaring har jeg sett hvordan endringer gjør at fokus flyttes fra arbeidsoppgaver som skal gjøres, til å dreie seg

⁸ **Operasjonalisering** er å gjøre noe målbart ved observasjon eller eksperimentering. **Operasjonalisering** er viktig, siden noe man trodde var et enkelt konsept, kan vise seg å gi ulike svar ved ulike målemetoder. En entydig, klar og nøyaktig operasjonalisering er en forutsetning for å oppnå høy grad av **reliabilitet** i undersøkelsen. Det andre viktige kriteriet for en god operasjonalisering er definisjonsmessig **validitet**, det vil si god overensstemmelse mellom den valgte indikatoren og den teoretiske forståelsen av variabelen som framgår av undersøkelsens problemstilling (Store norske leksikon, 2017).

om selve endringen avdelingen står ovenfor. Med dette prosjektet ønsker jeg å videreutvikle kunnskap og finne mulige verktøy for å kunne bidra til strukturelle endringer slik at opplevelse av endring oppleves positivt. For på denne måten å drive frem kompetanseutvikling i hjemmebaserte tjenester slik at fokuset forblir på arbeidsoppgavene, og yte en best mulig pasientbehandling.

Sentrale ledere i kommunen, har kommet med krav om at Alert-implementering skal arbeides med internt i hver helsetjeneste. Dermed kreves det at også Alert- kontaktene er delaktige og aktivt jobber med implementeringen sammen med leder i sin enhet. Det er et ønske om at hver arbeidsplass skal ha refleksjonsgrupper, samt mulighet til å jobbe aktivt med case-trening.

Tredje kategori av forskningsspørsmål er følgende:

3. Hvordan kan jeg som leder legge til rette for strukturelle endringer via kompetanse- og organisasjonsutvikling?

Det tredje forskningsspørsmålet omhandler lederskap og lederens rolle i forhold til å legge til rette for kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester, samt å endre arbeidsprosesser i samarbeid med fagarbeiderne etter vedtatte krav. I dette prosjektet tenker jeg på strukturelle endringer som forandringer i organiseringen av arbeidsoppgaver og rutiner for fagarbeiderne. Utfordringen med endringsarbeid er å motivere både fagarbeidere og ledere med tanke på dagens mange arbeidskrav og forventinger i arbeidslivet, og fordi endring i seg selv ofte oppleves som krevende. For å få til dette er det essensielt å bygge rutiner, dette handler om prosesser som krever tid og struktur. Det er viktig å lage en arena for dette, slik at endringen ikke blir et kortvarig stunt. I dette arbeidet er det viktig å tilrettelegge for kompetanseutvikling, at det skjer i demokratiske former og at de ansatte har medbestemmelsesrett over hvordan kompetanse- og organisasjonsutviklingen skal foregå. Det vil være viktig for meg som leder å trygge fagarbeiderne på oppgavene med å forebygge og kjenne igjen risikopasienter gjennom å benytte arbeidsverktøyet Alert med MEWS- score og samhandlingsverktøyet ISBAR. Alle fagarbeidere i helsesektoren har en plikt til å oppdatere seg faglig, og jeg som leder må legge til rette for dette. Jeg mener det er av betydning at jeg både tilrettelegger og selv er delaktig i arbeidet.

Ved hjelp av ulike pedagogiske metoder ønsker jeg å belyse forskningsspørsmålene. Disse tre hovedtemaene skal være med på å utvikle arbeidet i dette FoU-prosjektet. Forskningsspørsmålene skal så langt det lar seg gjøre underbygge den overordnede problemstillingen.

1.8. Oppgavens avgrensning

Problemstillingen i denne oppgaven er omfattende men likevel avgrenset. Oppgaven har fokus på hvordan jeg som leder kan bidra til kompetanse- og organisasjonsutvikling innad i hjemmebaserte tjenester i forbindelse med implementering av Alert. Hovedfokuset i oppgaven er ut fra et lederspesspektiv og endringsorientert ledelse. Det er mange forhold som kunne ha vært tatt med i denne forbindelse. Men avgrensingen er foretatt i det jeg har valgt aksjonsforskning som metode, og har med dette valgt å forske i egen kommune. Jeg har gjort en ytterligere avgrensning i FoU-prosjektet ved å innrette undersøkelsen mot egen virksomhet og fagarbeiderne i hjemmebaserte tjenester ressurspersoner fra Alert-teamet, sykepleiere fra andre hjemmetjenestesoner og sentrale ledere.

Det kunne i dette FoU-prosjektet vært naturlig å gått bredere ut i samhandlingsprosessens krav, for å blant annet kunne bedre vurdere den helhetlige- og praksisnære utviklingen. Jeg kunne fokusert på videregående opplæring- elever og lærlinger, men på grunn av omfanget av arbeidet rundt Alert, mener jeg at jeg ikke kan ta for meg flere inn i dette prosjektet.

1.9. Oppgavens oppbygging

I dette forskningsarbeidet ønsker jeg å se på faktorer som fremmer yrkeskompetansen og selvstendig arbeid hos fagarbeiderne i kommunehelsetjenesten. For å møte kravene i samhandlingsreformen (2009) ønsket jeg å arbeide med implementering av arbeidsverktøyet Alert. Dermed ble det også viktig å fokusere på endringsorientert ledelse, fordi dette har krevd endringer i arbeidsstrukturen. Endringer skjer og vil skje hele tiden i alle typer yrker. Derfor ble dette en god mulighet for å kunne fokusere også på dette.

I kapitel 1. har jeg presentert både samhandlingsreformen, arbeidsverktøyet Alert, kompetanse- og organisasjonsutvikling med endringsorientert ledelse, som er bakgrunnen for valg av tema. Jeg har belyst noen sider av de utfordringer og muligheter vi står ovenfor både som helsepersonell og som leder i kommunehelsetjenesten. Her er problemstilling og forskningsspørsmål også presentert.

Videre i kapitel 2. vil jeg beskrive teori jeg benytter i forhold til oppgavens problemstilling med ulik faglitteratur. I det tredje kapitel beskriver jeg forskningsstrategien og tilnærmingen aksjonsforskning, der jeg har benyttet kvalitative metoder, med aksjonsforskning som modell. Ved å benytte denne metoden kunne jeg forske sammen med fagarbeiderne i bedriften og demokratiske prosesser skulle benyttes. Dette gjenspeilte hva litteratur sier om å utføre endringsledelse sammen med deltagerne i stede for påtvunget endring. Jeg så derfor dette som

en metode som passet godt for dette FoU-prosjektet. Gjennom ulike aksjoner i en prosess utviklet over tid, der jeg har benyttet intervju, kurs, case-lunsj, logger, refleksjoner og fagdager ønsker jeg å få svar på min problemstilling.

I kapitel 4 presenteres gjennomføringen av forskningens utviklingsprosesser. Her beskriver jeg hensikten, gjennomføringen og refleksjon av hver enkelt aksjon, og hvordan hver aksjon har ført meg videre ved at det oppsto nye behov for utvikling og endring.

Drøfting av mine oppdagelser og erfaringer mot teoretiske beskrivelser samles i kapitel 5, før jeg sammenfatter dette FoU-prosjektet i en oppsummering og konklusjon i kapitel 6.

2.0. Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet har jeg til hensikt å belyse det teoretiske utgangspunktet, sett i lys av studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål. Begrepene kompetanse- og organisasjonsutvikling står sentralt med fokus på helhetlig og praksisnær praksis med tanke på endringsorientert ledelse. Siden samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 har fokuset for både kompetanseutvikling og endringsorientert ledelse stått i fokus. Styringsdokumenter rettet spesielt mot temaene i innledningen vil presenteres i dette kapitlet. Jeg ser særlig på teorier og modeller rundt læring og utvikling, relasjonsteori, praksisfellesskaper, samt læring i samfunnsmessige perspektiv arbeidsmiljøloven.

Gjennom mitt valg av teori er det et ønske å kunne presentere en forståelse for hvordan kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester kan gjennomføres, og hvilke utfordringer og konsekvenser dette vil få for meg som leder i kommunehelsetjenesten.

2.1. Kompetanseutvikling

I forhold til min problemstilling; *Hvordan kan jeg som leder bidra til helhetlig og praksisnær kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester- og dermed møte krav i samhandlingsreformen rettet mot endringsorientert ledelse.* har jeg tenkt på at teoriene som jeg her har benyttet skal være med på å belyse både problemstilling og forskningsspørsmål, der jeg kan reflektere over hvordan kompetanseutvikling i faglig bedrift kan struktureres. Fokuset i dette FoU-prosjektet var å finne ut av hvordan jeg som leder kan motivere og engasjere fagarbeidere til lokal kompetanseutvikling, med metoder som kan være gjentakende for også andre implementeringer. Med begrepet metode tenker jeg her på de planmessige fremgangsmåter jeg har benyttet for å aktivt jobbe med kompetanseutvikling og implementering av Alert, innad i bedriften. Kompetanseutvikling i en bedrift handler om å henge med i endringsprosesser for å kunne møte nye og ulike krav i samfunnet.

Videre i avsnitt 2.1. vil jeg presentere ulike teorier for hva jeg mener var viktig å vektlegge i arbeidet med kompetanseutvikling. Kapitlet inneholder læring i arbeidslivet, kunnskap og yrkeskompetanse, refleksjon, relasjonskompetanse og praksisfellesskaper. I avsnitt 2.2. vil jeg videre presentere organisasjonsutvikling med fokus på ledelse og endringsorientert ledelse.

2.1.1. Læring i arbeidslivet

I de seneste årene har det vært en stor stigning i interessen for den læringen som kan finne sted direkte tilknyttet til arbeidsplassen (Illeris, 2012. s. 267). Alle ansatte må være innstilt på at deres arbeidsfunksjoner endrer seg løpende og radikalt gjennom en yrkesaktiv periode.

Illeris (2012) skriver videre at det er hensiktsmessig hvis kompetanseutvikling kan umiddelbart forekomme i direkte tilknytning til arbeidet. Kompetansebegrepet har kommet i sentrum for «det som skal læres» (Illeris, 2012). Begrepet kompetanse kan utdypes på mange ulike måter, men en generell definisjon av ordet er rett og myndighet til å foreta visse valg eller til å avgjøre visse saker. Dyktighet, evne og kvalifikasjon er også beskrevet her (Store Norske Leksikon, 2010).

Det er et åpent spørsmål for hvilken grad institusjonaliserte skole- utdanninger kan produsere en beredskap som kan fungere hensiktsmessig i nye og ukjente problemsituasjoner. I følge Illeris (2012) lyder det mer sannsynlig at slik kompetanse kan utvikles i takt med utviklingen på de arbeidsplassene der de skal brukes (Illeris, 2012). Som det også kom frem i evalueringen av samhandlingsreformen (2009) har mange voksne mennesker, ikke minst de med kortere utdanning, en viss motvilje mot å sette seg på skolebenken igjen. Det skal også nevnes at ved å plassere en større del av læringen ute i bedrift, kan dette føre til besparelser av utdanningsutgifter for det offentlige (Illeris, 2012. s. 268).

Det er av betydning at læring i bedrift er godt strukturert og planlagt. En slik form for læring kan ha en tendens til å bli snever og teoriløs, hvis man ikke har et konkret mål rammer for opplæringen. Når læring skjer i direkte kontakt med arbeidet, er det lett at det fokuseres på det som kan skape forbedringer her og nå, «ad the hoc». Ved kompetanseutvikling i bedrift er det viktig å få med de store linjene og den brede sammenhengsforståelsen. På denne måten kan man få muligheten for at læringen kan ha en bredere bruksverdi i nye situasjoner og med en mer allmenn forståelse (Illeris, 2012).

Ved å innføre selvstyrende grupper, prosjekter eller aksjonslæringsprogrammer for alle medarbeiderne kan man unngå at læringen får et tilfeldig preg med utilstrekkelig struktur og systematikk (Illeris, 2012. s. 272). Erfaringer har en vesentlig del av både innhold og erkjennelselementer. Det er av betydning at det som fagarbeiderne tilegner seg eller forstår noe som de tillegger en vesentlig betydning for seg selv. Erfaringer har ofte et vesentlig drivkraftelement. Illeris (2012) hevder det er viktig at fagarbeideren er både motivert og er følelsesmessig engasjert i den læringen som finner sted. Erfaringer er også et vesentlig

samspillmessig element, det vil si at man lærer noe som har betydning utover det personlige. For å lykkes med dette arbeidet er det viktig å få de ansatte til å reflektere over ny kunnskap i læringssituasjonene (Illeris, 2012).

2.1.2. Kunnskap og yrkeskompetanse et grunnfundament for å oppnå kompetanseutvikling

Sett i lys av tema i problemstillingen og forskningsspørsmålene, vil jeg i dette kapitlet også gjøre rede for noen elementer i begrepene kunnskap- og yrkeskompetanse. Jeg har vært opptatt av hvordan jeg som leder kunne videreutvikle nødvendig kompetanse for å møte deler av kravene i samhandlingsreformen. For å tilrettelegge læringsprosesser for de ansatte, har det vært viktig å få et bevisst forhold til hva både yrkeskunnskap og kompetanse er. I boken «yrkeskunnskap og utdanningsstrategier i helsearbeiderfag» beskriver forfatteren yrkeskunnskap som all relevant kunnskap som benyttes i yrkesutøvelsen (Støten, 2008. s. 56). Dette kan tolkes ved at yrkeskunnskap er noe mer enn anvendelse av teori og oppskriftsbaserte prosedyrer. Yrkeskunnskap kan sees på som en helhetlig kunnskap, som er sammensatt av handling, forståelse, språk og følelser. På denne måten blir de praktiske og teoretiske sidene knyttet sammen og får sitt utspring i selve yrkesutøvelsen (Støten, 2008). Yrkeskompetanse handler om den kunnskap vi bruker i yrkesutøvelsen som mestring, bevissthet, innsikt, engasjement og eierskap for yrket. Det vil si å være utdannet til å utøve et yrke og omfatter faglig kompetanse og nøkkelkompetanse (Nilsen & Sund, 2008. s. 118).

Hiim og Hippe (2001) definerer yrkeskunnskap som den kunnskap vi bruker i yrkesutøvelsen. Dette innebærer en slags oppfatning av teori for praksis, hvor teorien får et overordnet forhold til yrkespraksisen (Hiim & Hippe, 2001). Dette kjennetegnes fra flere av dagens profesjonsutdanninger. For eksempel kritiseres sykepleierutdanningen for å ha teoretisert og akademisert utdanningen. Det kan se ut til at sykepleiestudenten selv må ta ansvar for å overføre teori til praksis (Fylkesnes, 1998, referert i Kristiansen, 07). I yrkesutøvelsen betraktes økt mengde teori som et gode fordi det gir et mer solid vitenskapelig element i utøvelsen.

Jeg mener det er relevant for dette FoU prosjektet å fokusere på ulike kunnskapsbegreper. Disse begrepene som her blir presentert finner jeg som betydningsfulle for å forstå alle elementer fagarbeideren bør tilegne seg, for at kompetansen for Alert skal bli implementert hos hver og en. Noen av de ulike kunnskapsbegrepene som benyttes er:

Påstandskunnskap som gjerne sees på som teoretisk kunnskap. Den er upersonlig og

objektiv. Dette kan for eksempel være teori om symptomer på ulike sykdommer (Støten, 2008). **Fortrolighetskunnskap** har gjerne en mer personlig karakter. Her utvikles kunnskap gjennom egne erfaringer. Denne kunnskapen huskes ofte bedre, fordi den er erfart, og tilpasset den enkelte fagarbeider. En god måte å tilegne seg fortrolighetskunnskap på er gjennom praktisk arbeid (Støten, 2008).

Ferdighetskunnskap omhandler praktiske arbeidsoppgaver og prosedyrer. Gjennom gjentatte øvelser, blir fagarbeideren trygg på prosedyrene og ferdighetene, og de vil bli automatisert (Støten, 2008). Prosedyrer som bruk av MEWS skjema og de ulike måle-barometrene i Alert-prinsippene er eksempler på slike ferdighetskunnskaper.

Taus kunnskap omhandler noe vi kan uten helt å kunne forklare det. Vi lærer denne kunnskap gjennom å gjøre ting i praksis. For en fagarbeider kan det for eksempel være at hun har en varhet eller en følelse av at pasienten blir dårligere. Denne varheten kan gi seg utslag i endring av hudfarge, lukt, endring i oppførsel eller lignende. Disse små forandringene som fagarbeideren observerer hos pasienten, kan være nok til at hun iverksetter tiltak som hindrer at pasienten blir ytterligere dårligere (Støten, 2008). Dette er prinsippene og målet med Alert-innføringen. Førre var prinsippet og taus kunnskap er viktig å inneha i arbeidet.

Støten skriver videre om flere perspektiver innen kunnskap. Hun nevner spesielt etisk bevissthet, følelsesmessig engasjement og relasjonell kunnskap. Det følelsesmessige engasjementet er med på å gjøre fagarbeideren varsom, nær og ekte. Forfatteren skriver «yrkeskunnskap er personlig kunnskap som innebærer innlevelse i arbeidet» (Støten, 2008 s.59).

Ut over dette er min forståelse at yrkeskompetanse består av mestring, bevissthet, innsikt og engasjement og eierskap for yrket. Innen begrepet yrkeskompetanse fremgår to hovedelementer. Den ene er faglig kompetanse. Dette innebærer kompetanse som er knyttet til yrkesspesifikke håndverksmessige ferdigheter, teknikker og arbeidsmetoder. Denne kompetansen innebærer også evnen til å konkretisere, planlegge, begrunne, gjennomføre, vurdere og reflektere over sitt arbeid.

Den andre typen kompetanse kaller forfatteren for nøkkelkompetanse. Denne kompetansen forstås som mer generell og mindre fagspesifikk. Dette er kompetanse som man har behov for i alle yrker. Eksempel på slik kompetanse er samarbeid, planlegging og kommunikasjon. Utvikling av nøkkelkompetanse er knyttet opp til fagarbeidernes egne erfaringer, gjennomprøving og feiling fra praksis. Forfatterne ser på det å utvikle nøkkelkompetanse som en personlig utviklingsprosess (Nilsen & Haaland, 2008).

Nilsen & Haaland (2008) kommer i sin bok med flere momenter som er med på å fremme utvikling og læring hos fagarbeiderne. For at fagarbeiderne skal oppleve vekst, læring og utvikling er dette avhengig av disse momentene:

- Å tilhøre et fellesskap, være akseptert og likt.
- Å kunne prestere noe.
- Å bruke egne erfaringer som grunnlag for videre læring og utvikling.
- Å kjenne at en har behov for å lære dette, se nytteverdien i den kompetansen en utvikler.
- At den foregår sammen med andre, der en kan diskutere problemer og utfordringer med andre, bli påvirket og påvirke andre.
- Å oppleve relevans i læringen.

Disse momentene er må vektlegges i praksishverdagen for fagarbeiderne. Det er viktig å videreutvikle nyervervet kunnskap, ved å stimulere fagarbeideren til vekst, utvikling og læring. Kompetanse er brukt som et begrep der det faglige stemmer overens med utøverens arbeidsoppgaver (Kvale, 1999. s. 241).

Yrkesutøveren skal utføre arbeidsoppgaver på en måte som samsvarer med de faglige mål som kreves i yrket. Det er behov for større bevisstgjøring om kunnskapens grunnlagstenkning. Dette er nødvendig for å forstå kunnskapens og forskningslitteraturens muligheter og begrensninger, og for å kunne utvikle en kritisk og reflektert yrkeskompetanse (Hiim & Hippe, 2001. s. 52) Når en yrkesutøver skal søke på en stilling, blir det stilt krav til kvalifikasjoner. I slike sammenhenger blir det lagt vekt på hvilken utdanning yrkesutøveren har samt hvilken praksis utøveren har som kan tilfredsstillende de kvalifikasjonene arbeidsoppgavene til stillingen krever. Det vil si at det i kvalifikasjonskrav både legges vekt på både utdanning og praksiserfaring. Kompetanse og ønske om kvalifikasjoner til arbeid i kommunehelsetjenesten kan derfor sprike. I dette FoU-prosjektet blir det derfor viktig å belyse hvordan man kan utvikle og ha praksisnære arbeidsoppgaver slik at kompetansen som yrkespraksis krever etter samhandlingsreformens (2009) krav.

Som vi kan se i dette kapitlet har ulike teoretikere noe ulikt syn på definisjonen av kunnskaps- og kompetansebegrepet. Dette er begreper som ofte brukes om hverandre. I denne oppgaven skiller det mellom begrepene. Her vil kunnskap bli betraktet som en forutsetning, men ingen garanti for kompetanse. Ofte betraktes kompetanse som ”bevis” for hvordan fagarbeideren anvender sine kunnskaper i praktiske sammenhenger. På denne måten vil

kunnskap forstås som et underbegrep av kompetansebegrepet. Kompetanse kan altså forstås som måten man anvender sin kunnskap på. Dessuten tror jeg det er riktig å se kompetanse i forhold til en bestemt kontekst og i forhold til bestemte oppgaver. Andre teoretiske argumenter støtter også konklusjonen om at ikke all kunnskap er proposisjonell (påstandsteori) kort sagt at det eksisterer ikke-proposisjonell kunnskap, altså som ikke kan tilegnes på grunnlag av skoleundervisning alene (Schön, 1983. Referert av Kristiansen, T. Garnås, 07) Men slik jeg ser det er dette et sentralt behov. Kunnskap om yrket som et grunnfundament er nødvendig å inneha for å kunne tilegne seg den rette kompetansen for å kunne utøve prinsippene rundt Alert.

2.1.3. Refleksjon

Ordet refleksjon kommer av det latinske ordet *reflexio*, og betyr å bøye tilbake. Etertanke og overveielse (Aschehoug og Gyldendal, 1998). Ut fra definisjoner av begrepet handler refleksjon overført til yrkesutøvelsen om å iaktta og samtale med seg selv om egne handlinger og opplevelser, og om å styrke ettertanker (Schön, 1983). I et helsefaglig og pedagogisk perspektiv har refleksjonsbegrepet hatt økende oppmerksomhet de siste årene. Interessen for refleksjon i yrkesutøvelsen i Norge fikk fornyet interesse og oppmerksomhet på 1980 tallet. Schöns teorier og internasjonal forskning om sammenhenger mellom handling og refleksjon i yrkesutøvelsen ble viktig. Han antok at ulike profesjoner hadde mer kunnskap enn de satte ord på i ulike sammenhenger. Han skiller mellom ulike former for refleksjon, «viten i handling», «refleksjon i handling» og «refleksjon over handling» (Schön, 1983).

For Schön er *refleksjon-i-handling* en prosess der man umiddelbart reagerer på en situasjon eller et problem ved at man ut fra sitt kjennskap til det aktuelle feltet finner nye løsningsmuligheter. Refleksjon-i-handling kan også (hos Schön) omfatte den situasjonen der man midt i et handlingsforløp stopper opp, tenker seg om, finner ut hvordan man vil gå videre, for så å fortsette handlingen. Dette kan også kalles for refleksiv praksis. Det vil da være som en prosess der handling, erfaring og refleksjon henger sammen (Illeris. 2012. s. 92). Donald Schön er mest kjent for sine studier av hvordan kvalifiserte medarbeidere tenker og handler i praksis. Schön uttrykker at tenking, refleksjon, handling og læring foregår i et nært samspill der man nødvendigvis ikke kan skille det ene fra det andre. Videre mener han at praktikerer både tenker og reflekterer i handling. Han beskriver sitt arbeid som fenomenologisk, og mener at praktikerens fenomenologi må utvikles (Molander, 1996 s.131-132). Når en fagarbeider har lært å gjøre en arbeidsoppgave, kan hun utføre handlingen aktivt

gjenkjennende, ta beslutninger og gjøre justeringer, uten at hun er nødt til «å tenke over» hvordan hun gjør det. Illeris (2012) viser til Schöns teori om den spontane «viten i handling» som gjør at fagarbeiderne klarer seg godt gjennom hverdagen. Ved å forsøke å bevare vanen i vårt sedvanlige mønster av «viten i handling» kan vi reagere på overraskelser på forskjellige måter. Det kan være å skyve momentet til side, være selektivt uoppmerksom på signaler som utløser overraskelsen, eller reagere med refleksjon. Da kan refleksjonen over handling bidra til å oppdage det uventede i situasjonen. Av dette resultatet kan man reflektere til tiltak, refereres det i Illeris (2012. s. 345-358).

Etter Schön's teorier er det først da refleksjonen er implementert i arbeidsrutiner at nye arbeidsmetoder går i rutine, uten at fagarbeiderne må tenke over hva de gjør. Han fremhevet at det var viktig å utvikle kunnskap og teori i direkte kontakt med arbeidsplassen (Illeris, 2012). I ulike pedagogiske læringsteorier har refleksjon blitt et nøkkelord. Oppmerksomhet på hva som skal læres både i skole og i arbeidslivet spiller en avgjørende rolle, og her er refleksjon viktig. Det er ofte først gjennom refleksjon eller etterbearbeidelse at ny læring finner sted skriver Illeris (2012) i sin bok om læring. Dette stemmer overens med det Hiim & Hippe (2001) skriver om kompetanseutvikling. For å få den praktiske kompetansen komplett må det skje refleksjon av kunnskap underveis. Videre skriver Illeris (2012) at den pedagogiske tilretteleggingen må sikre at refleksjon finner sted i fellesskap eller hos den enkelte, og at det som blir lært gjennom dette forbindes med relevante praksissituasjoner. Dermed forstår jeg dette slik at skal vi få til å overføre kunnskapen de ansatte fikk på Alert-kurs til kompetanse i handling, må vi aktivt jobbe med refleksjon over arbeidsoppgaver. Det blir da jeg som leder og forsker som må tilrettelegge for at fagarbeiderne får denne muligheten gjennom sitt arbeid.

Vi vet at arbeid i førstelinjen der man har direkte kontakt med mottaker av kommunehelsetjenesten, er krevende. God mestring av denne type utfordringer forutsetter læring i og av praksis, der refleksjon over eget arbeid er viktig. Mestring, profesjonalitet og arbeidsglede er nøkkelord i et bærekraftig arbeidsmiljø, der man skal mestre utfordringer i arbeidshverdagen. Et proaktivt fokus betyr at man ligger i forkant av hendelsen og får tid til å forberede seg. Det motsatte er å være reaktiv, det vil si at man blir overrumplet i situasjonen, og derfor ikke alltid har en gjennomtenkt løsning for hvordan man skal takle hendelsen (Amble & Gjerberg, 2009). Mental trening og forberedelse har derfor vært en viktig del av gjennomføringen i aksjonene i dette prosjektet, noe som skulle bidra til den enkeltes grad av mestring.

I dette FoU- prosjektet innebærer refleksjon å reflektere som å tenke grundig gjennom ulike episoder og opplevelser som fagarbeiderne erfarer. I yrkessammenheng er refleksjon en viktig del av observasjonene vi gjør. I dette prosjektet har det vært viktig å jobbe aktivt med at fagarbeiderne har lært seg til å reflektere over situasjoner der de har dratt nytte av arbeidsverktøyet Alert og egen kompetanseutvikling. Yrkesutøvere som her skal innføre et nytt arbeidsverktøy har behov for å hele tiden tenker over de forskjellige situasjonene og prøve å vurdere seg selv, både når det gjelder egen rolle og ut fra teorien som helsepersonellet har lært. Refleksjonen innebærer å tenke over hvordan handlinger gjøres, og hvorfor de gjøres som de gjør.

Det å dele erfaringer og refleksjoner i en arbeidsgruppe kan være med på å skape en felles forståelse for de ulike utfordringene man møter i kontakten med mottakere av helsetjenesten, som kan bidra til bedre løsning av arbeidsoppgaver. De aller fleste arbeidsoppgaver kan ofte oppleves som rutinepregede, og man behersker dem uten at det tar eller gir energi. Det er ofte de krevende situasjonene i arbeidshverdagen som krever et godt refleksjonsarbeid.

Bevisstgjøring og trening kan være nødvendig for å kunne skille de ulike typene arbeidsoppgaver. Da man reflekterer over situasjoner i arbeidshverdagen er det viktig å bruke tid på de situasjonene som fører til mestring og arbeidsglede (Amble & Gjerberg, 2009). Vi møter sykere pasienter i kommunehelsetjenesten i dag, enn det vi gjorde for bare noen år tilbake. For å kunne mestre å håndtere kritisk og akutt syke i hjemmetjenesten, må fagarbeiderne være trygge i sin rolle i yrkesutførelsen og vite hvordan de skal håndtere situasjonen. Ved å implementere arbeidsverktøyet Alert, tror jeg dette vil hindre mange utfordringer, unødvendige sykehusbesøk og innleggelseser.

Ved refleksjon har det vært viktig at fagarbeiderne har stilt seg spørsmål om:

- Hva gikk bra i denne situasjonen?
- Hvordan gjennomførte jeg denne situasjonen?
- Hva kan jeg gjøre neste gang jeg kommer i en lignende situasjon?

Vi har både hatt refleksjon i logg, på fagdag og muntlig som trening i cese- og faglunsjer. Amble & Gjerberg (2009) skriver at økt grad av mestring krever løsningsorientert perspektiv med fokus på atferdsendring. Det å mestre noe for første gang, er gjerne en opplevelse som setter varige spor. Å lære gjennom mestring er ofte en effektiv måte å endre adferd på. Det er ofte forbundet med en glede- og mestringsopplevelse. De hevder at mestring ofte er knyttet til personlige opplevelser (Amble & Gjerberg, 2009).

2.1.4. Relasjonskompetanse

For å kunne legge til rette for helhetlig og praksisnær kompetanseutvikling i bedrift, mener jeg det er viktig å legge vekt på relasjoner innad i helsetjenesten. Det gjelder mellom de ansatte og meg som leder, de ansatte seg i mellom, både av samme fagprofesjon som de ulike. Det er også viktig at det oppstår god relasjon mellom de som utøver opplæring av arbeidsverktøyet Alert og de ansatte i kommunehelsetjenesten. Spurkeland (2011) skriver at relasjonskompetanse kan sies er synonymt med samhandlingskompetanse. Dette er en kompetanse som er bevisstgjort og etterspurt i dagens arbeidsliv. Bakgrunnen for dette er at i dagens arbeidsliv settes det krav til arbeidstakerens kommunikasjonsferdigheter og evne til å fungere i relasjoner til andre (Spurkeland, 2011. s. 63). Relasjonskompetanse er selve kjernen i all samhandling skriver Spurkeland (2011) videre. Relasjonskompetanse legger hovedvekten på hvordan en aktivt bygger opp mellommenneskelig forhold. I utgangspunktet er dette forhold mellom to mennesker, som man kan videreutvikle og bygge på forhold mellom medlemmer i ei gruppe, altså et gruppeperspektiv. Teamlæring ble introdusert av Peter Senge (1999) som en viktig del av det han kalte lærende organisasjoner. I Stortingsmelding 30, kultur for læring (2003-2004), pekes det på effekten av læringsfremmende tiltak. Her står det blant annet at med samarbeidsbasert arbeidsform og med systematisk evaluering av egen praksis gis det større grad av tilpasset opplæring (Spurkeland, 2011).

2.1.5. Praksisfellesskaper

Å føle tilhørighet og være en del av et fellesskap er av betydning for læring. Dette sees i sammenheng med relasjoner og relasjonskompetanse som Spurkeland (2011) ser i samsvar med samhandling. Vi har alle tilhørighetsforhold til praksisfellesskaper. Dette kan være seg på jobb, hjemme eller i andre forbindelser. Folk som er i arbeid organiserer deres liv sammen med deres nærmeste kollegaer for å få arbeidet gjort. Fagarbeiderne utvikler blant annet sine egne praksiser, rutiner og ritualer i bedriften. Det skjer en utvikling, ønsket er at de ansatte har det fint på jobb og at de oppfyller de krav som arbeidet stiller. Uansett hva jobbeskrivelsene går ut på, skapes det en praksis som består i å gjøre hva behovet er. I den daglige praksis, jobber fagarbeiderne sammen med og i fellesskap både i hjemmebaserte tjenester og med andre helsetjenester og profesjoner som det er naturlig og samarbeide med. Fokusering på deltakelse i fellesskapet har omfattende konsekvenser for hva som skal til for å forstå og understøtte læring i praksis (Wenger, 2004). Dette er viktige elementer å ha med seg i arbeidet med å implementere nye praksisrutiner i en organisasjon, som i dette FoU-prosjektet.

Wenger (2004) hevder at for individer, her fagarbeiderne betyr dette at læring er et spørsmål om å engasjere seg i og bidra til deres fellesskapers praksiser. For fellesskapet betyr dette skriver han videre, at læring er et spørsmål om å forbedre praksisen. For organisasjoner betyr det at læring er et spørsmål om å opprettholde effektivitet og verdifull kunnskap i organisasjonen (Wenger, 2004). Da jeg vektla og fokuserte på Wengers teorier om praksisfellesskaper, tydeliggjorde dette både forskningsspørsmål 2 og 3.

«Hvordan bygge en lærende organisasjon gjennom strukturelle endringer via endringsorientert ledelse, og hvordan kan fagarbeiderne være med på å bidra til dette?»

«Hvordan kan jeg som leder legge til rette for kompetanse- og organisasjonsutvikling?»

Deltagelse er nok et viktig element i implementeringen av nye arbeidsrutiner som her med innføringen av Alert. Wenger (2004) hevder at å være en del av fellesskapet i en aktivitet er viktig. Deltagelse referer både til en deltagerprosess og til relasjoner med andre som avspeiler denne prosessen. Den antyder både handling og sammenheng. Det er en dyp sammenheng mellom identitet og praksis. Wenger (2004) belyser at utviklingen av en praksis krever dannelse i et fellesskap, hvis de ansatte kan inngå i et gjensidig engasjement og dermed anerkjenne hverandre som deltagere. Dannelse i et praksisfellesskap handler om forhandlinger med mennesker hevder Wenger (2004) videre. Ved å implementere Alert inn i enheten måtte jeg passe på å gjøre dette i fellesskap via en demokratisk prosess. For å få til en endringsprosess i organisasjonen var det viktig at hver enkelt identitet/fagarbeider følte tilhørighet til fellesskapet for at alle skulle føle eierskap til endringen, som her med Alert implementering. Praksis definerer et fellesskap gjennom tre dimensjoner. Gjensidig engasjement, en felles virksomhet og et felles repertoar. Identitet i fellesskap blir ofte til via deltagelse (Wenger, 2004).

Praksisfellesskap med sosial deltagelse er en nødvendig komponent i en lærings- og erkjennelsesprosess. Med dette kan det forstås at mening, praksis, fellesskap og identitet er fellesnevner for vellykket læring. Fagarbeiderne må oppleve at utviklingsarbeidet er meningsfullt. Dette kan oppnås med gjensidig engasjement, ved å oppleve å være i et fellesskap som kan gi handlingen verdi og mening. Gjennom deltakelse i fellesskap kan kompetanse utvikles (Wenger, 2004). For å sikre at praksisundervisningen blir relevant og kvalitativt god, er det nødvendig med et nært samarbeid mellom alle faggrupper i hjemmelsetjenesten.

Nina Amble m.fl. (2009) skriver at mestring er et begrep som tar utgangspunkt i ordet mester. Fra håndverkstradisjonene vet vi at en mester alltid har vært svenn i lære hos en annen mester før han eller hun ble mester. En som ble mester var forpliktet til å lære opp en ny svenn. Det er denne tradisjonen vi bygger på når vi gjør mesteroppgaver. En mester har viktige erfaringer som kan komme andre til gode (Amble & Gjerberg, 2009). Dette er en viktig oppgave for dette prosjektet. Her har målet vært at kunnskapsflyten skulle gå mellom både leger, sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere.

Hos Lave og Wenger er det nærmest slik at når den enkelte arbeidstaker først har kommet inn i praksisfellesskapet, vil den ansatte automatisk gjennom en læreprosess bevege seg fra en legitim perifer deltagelse mot en mer sentral og kompetent posisjon (Illeris, 2012)

Perifer legitim deltagelse er et analytisk synspunkt på læring, altså en måte å forstå læring på. Dette kan være med på å prege læreprosessen. Læringen finner sted i en sosial organisasjon med faglig fellesskap. Når fagarbeideren deltar i fellesskapets virksomhet, vil hun tilegne seg kunnskaper, ferdigheter og holdninger ved å gå fra perifer deltagelse til etter hvert å bli en fullverdig fagarbeider innen Alert-behandling. Gjennom legitim perifer deltakelse kan aktiviteter, identiteter og fellesskap om kunnskap utvikles (Lave & Wenger, 2003).

Ved teorier som presenteres i kapittel 2.1. har jeg bidratt til å belyse hvordan jeg som avdelingsleder kan legge til rette for organisasjon- og kompetanseutvikling og på hvilke måte jeg kan få fagarbeiderne til å være med på å bidra til dette. Jeg har belyst hvordan jeg skal jobbe med problemstilling og forskningsspørsmål to og tre. Dette har gitt meg et grunnlag for hva som er viktig å ta hensyn til i planleggingen av aksjoner som skal gjennomføres, for aktivt å kunne jobbe med kompetanseutvikling og implementeringsarbeidet av et nytt arbeidsverktøy, og gitt bidrag til analyse av empirien.

2.2. Organisasjonsutvikling

«En lærende organisasjon kan defineres som en organisasjon som utvikler, forvalter og tar i bruk sine kunnskapsressurser slik at virksomheten totalt blir i stand til å mestre daglige utfordringer og etablere ny praksis når det er nødvendig» (Stålsett, 2012, s. 33).

Et generelt trekk ved organisasjonsutvikling er at det handler om planlagte endringsprosesser i organisasjonen, der det foreligger en viss faglig analyse til grunn før det gjennomføres (Klev & Levin, 2009).

Ofte kan endring bli møtt med motstand av de ansatte. Planlagte endringer kan være og er ofte komplekse å gjennomføre. Argyris & Schön hevder at alle mennesker innehar noen

psykologiske forsvarsmekanismer som aktiveres når noen forsøker å endre dem (Argyris & Schön. Hentet i Jacobsen, 2012). En endring kan dermed sees på som en trussel og derfor oppstår gjerne motstand mot endringen. Hovedutfordringen i alt endringsarbeid består i å finne en måte å gjennomføre endringen på som minimerer mulig motstand. Det viktigste vil da være å trekke med seg de som blir berørt av endringene (Høst, 2014).

Senge (1999) skriver i sin bok «*den femte disiplin*» at overalt hvor det er motstand mot forandring finnes det ofte en eller flere skjulte balanserende prosesser. Motstand mot forandring er ikke noe mystisk skriver han videre, det kommer nesten alltid av at noen føler at det er trusler mot tradisjoner, normer og måter å gjøre ting på. Normene virker ofte fastlåst fordi fordelingen av myndighet og kontroll er satt. I stede for å dytte enda hardere for å overvinne motstand mot forandring, oppdager dyktige ledere kilden til denne motstanden. Lederen bør dermed fokusere direkte på de inngrodde normene og de maktforholdene som normene er en del av (Senge, 1999).

Peter Senge (1999) skriver videre om kunsten å skape den lærende organisasjon. Han mener det er en organisasjon som kontinuerlig forbedrer sin evne til å skape sin egen fremtid. Disiplin kan sees som et sett av teorier og teknikker som må studeres, trenes på og som fagarbeideren gradvis mestrer. De fem disiplinene Senge vektlegger er å ha felles visjoner, personlig mestring, gruppelæring mentale modeller og systematisk tenking (Senge, 1999). *Felles visjoner* kan sees som en delt forståelse for intensjonene og ambisjonene som er i organisasjonen– hvor skal vi. *Personlig mestring* handler om å utvikle og benytte egen kompetanse for å skape resultater som er til nytte for organisasjonen. *Gruppelæring* er å lære sammen for å bidra til kollektiv tenking- og læring. Her er det viktig å inneha åpen og fri dialog, og fokusere på å gjøre hverandre gode. *Mentale modeller* kan handle om inngrodde kulturer som organisasjonen har. Hver enkelt medarbeiders tanker og antakelser påvirker organisasjonens mentale modeller (Senge, 1999). *Systemisk tenking* er den femte disiplinen som omhandler relasjoner og gjensidig påvirkninger. Å forstå at handlinger kan forsterke eller motvirke hverandre eller å gjenkjenne strukturer som dukker opp igjen og om igjen skriver Senge (1999) om systemtenkning. Senge's 5 disipliner skaper en helhetsforståelse når man tenker endringskultur og demokrati.

Organisasjonslæring starter gjerne med at individer i en organisasjon erfarer en problematisk situasjon og vil løse denne på vegne av organisasjonen. Før det bestemmes at det skal skje en endring, må man blant annet ha en førforståelse for dagens situasjon i organiseringen (Irgens,

2011). Anbefalte strategi fra Argyris og Schön er å først finne ut av hvor organisasjonen er i dag. Videre å finne ut av hvor vi ønsker å gå, for så å finne ut av hvordan vi kommer oss dit (Irgens, 2011). Deling av erfaringer rundt dette arbeidet er viktig for implementeringen, kollektiv refleksjon i en felles utviklingsprosess kan gi konkrete handlingstiltak som alle kan forplikte seg til, en forankring. For at organisasjonen som helhet skal utvikles og lære, må individene innenfor organisasjonen frembringe dette gjennom å lære seg nye strategier og handlingsmåter som kan brukes i hverdagen. Individuell læring, handling og aktivitet som fører til forandring i organisasjonen må være foretatt av fagarbeiderne selv.

En utbredt modell innenfor organisasjonsutvikling er Chris Argyris` modell for «single-loop»- og «double-loop»- læring. Argyris hevder at organisasjoner er til for å oppfylle bestemte formål. Dette gjøres gjennom handlinger. Disse handlingene kan føre til forventede konsekvenser eller det kan skje at konsekvensene fører til at det er en uoverstemmelse med det forventende. Enten en «match» eller en «mismatch» (Illeris, 2012). I tilfeller med mismatch kan man forsøke seg med en annen løsning innenfor samme forståelsesrammen, da er det læringsmessig snakk om en single-loop. Dersom organisasjonen reflekterer og spør seg selv om det grunnleggende i sin virksomhet og kanskje finner feil og mangler, er vi over i dobbeltekretslæring. Et eksempel her er at organisasjonen sammenligner og drøfter andre muligheter for å lykkes. Dobbeltkretslæring handler rett og slett om å utfordre antagelser som er grunnleggende og som i stor grad styrer viktig hverdagslig praksis (Klev & Levin, 2009). Argyris & Schön opererer også med et tredje begrep som kalles deuterolæring. Dette omhandler hva som skal til for å lære seg og lære. De mener at det hører med til sjeldenheten at en organisasjon har lært seg å lære. Dette begrunnes med at de fleste organisasjoner er mer opptatt med å fylle organisasjonens mål, «å gjøre ting riktig». Skulle det skje en endring, har organisasjonen lært. Argyris & Schön diskuterte hvordan man kunne stimulere til en grunnleggende tenkning om innarbeidede handlingsformer som former åpenhet og aktiv søking etter forbedringer. Dette mente de var grunnleggende for gode læreprosesser. Læring som erfaring og læring gjennom refleksjon gir mening. Fagarbeideren prøver ut ferdigheter, gjør erfaringer, og mottar tilbakemeldinger. Dernest reflekterer fagarbeideren over sitt arbeid som igjen fører til ny kunnskap og utprøving av nye ferdigheter (Wenger, 2004).

Argyris modell er spesiell fordi den er tett bundet til organisasjoner. Handlingene kan tilskrives både enkeltpersoner og organisasjonen. Bare den læringen som fører til endring i organisasjonen er av interesse, skriver Argyris i følge Illeris (2012). Over tid utvikler ofte organisasjoner felles handlingsteorier, det vil si delte normer, verdier og handlinger som

fremmer innarbeidede handlingsformer. Dette kan tolkes som rutiner som er innarbeidet etter krav og behov. Handlinger som ofte gjentas, huskes lett og de ansatte har ofte forventninger til hverandres praksis på en slik måte at jobben utføres uten diskusjoner eller overraskelser. Disse prosessene går gjerne knirkefritt så lenge målene er de samme og de innarbeidede handlingsmønstrene produserer de resultatene som er forutsatt i avdelingen. Læring vil først utløses når disse bildene forstyrres, og de innøvde handlingene ikke lenger produserer ønsket resultat (Klev & Levin, 2009).

En rasjonell, planlagt endringsprosess forutsetter ifølge Høst (2014) tre ting.

Et aktørperspektiv der aktørene må ha en intensjon og en målsetting knyttet til *hva* de vil endre og *hva* de vil *oppnå* med endringen. Endringen må være basert på dagens situasjon, eventuelt av fremtidige trusler og muligheter. Til sist at endringen faktisk lar seg gjennomføre. En mulig teknikk å benytte for å gjennomføre en planlagt endringsprosess kan være det som kalles *organisasjonsutvikling*. Organisasjonsutvikling er en bevisst forandring av organisasjonen med sikte på å bedre effektiviteten, bedre de sosiale forholdene og øke organisasjonens problemløsende evne. (French & Bell, 1984, Gustavsen, 1976, referert i Høst, 2014). Dersom det foreligger noen grunnleggende konflikter mellom arbeidsgiver og arbeidstaker eller mellom arbeidstakerne vil en organisasjonsutvikling være vanskelig å gjennomføre. Dette kan være en utfordring å gjennomføre organisasjonsutvikling i helse- og sosialsektoren da det innenfor denne sektoren kan være uenighet for politiske beslutninger om endringer som berører arbeidsplassens oppgaver. Dette kan da føre til hierarkisk styrte endringer (Høst, 2014). Tradisjonelt sett har man i Norge hatt en sterk vekt på demokratisering og likhetsperspektiver. Jacobsen (2012) trekker frem at organisasjoner kan *"betraktes som å bestå av to ulike elementer: formelle og uformelle"* (Høst, 2012). Med de formelle elementene menes struktur, strategi og systemer. Med de uformelle elementene, mener Høst det handler om kultur og uformelle maktforhold. Dette er forhold man bare til en viss grad kan påvirke, da dette ofte vokser frem som følge av samspill mellom medarbeiderne på for eksempel en avdeling. Det finnes ulike kulturer og uformelle maktforhold i en organisasjon. Dette er elementer det er viktig å ta hensyn til i en endringsprosess. Jacobsen (2012) skriver at endring av kultur krever tid og at en ny kultur kun foreligger når den tas for gitt av de ansatte på avdelingen. En slik endring krever strategier som innebærer langsiktig opplæring, utdanning og sosialisering (Jacobsen, 2012).

Den lokale endringsmodellen bygger på at man utvikler en egenanalyse og kollektiv problemdefinering. En slik egenanalyse består av at de som omfattes av endringen selv analyserer sin situasjon og kommer med forslag til løsning. Denne løsningen er å foretrekke ikke bare på grunn av læringsaspektet for de ansatte, men også fordi organisasjonsmedlemmene er de som kjenner organisasjonen og er derfor i best stand til å definere problemene og komme med gode og relevante forslag til løsning. Et faremoment ved denne løsningen er at man kan bli såkalt organisasjonsblinde. Det vil si at man tar ting litt for gitt og ikke reflekterer over hva som skjer innen egen organisasjon (Høst, 2014).

Et annet argument for lokal forankring er argumentet om oppslutning, støtte og vedlikehold. Siden de ansatte selv definerer problemer kan man regne med at dette i langt større grad sikrer oppslutning og støtte. Det vil også øke de ansattes motivasjon for å gjøre noe med problemene og i tillegg blir de ansvarlige for gjennomføringen. Uten en slik oppslutning kan man tenke seg at risikoen for at de ansatte saboterer eller ignorerer endringene er stor (Høst, 2014. s. 235-237). Medbestemmelse er et viktig tredje argument for å benytte lokal analyse ved en endringsprosess. De ansatte selv definerer problemene og får stor innflytelse på hvilken forståelse som legges til grunn for de handlingsvalgene som foretas. De får et eierskap til problemforståelsen og endringsstrategien og dermed øker også sannsynligheten for at prosjektet skal lykkes. Kunnskapen som skapes gjennom endringsprosessen blir liggende i organisasjonen og forsvinner ikke ut av organisasjonen.

Menneskesyn jeg anser som viktig vil jeg trekke frem Elton Mayo og hans Human Relations. (1930) Mayo var opptatt av at man skulle ta vare på mennesket i organisasjonen. Trivsel, godt arbeidsmiljø, gjensidig respekt og forståelse, samt å bygge gode relasjoner mellom mennesker stod sterkt i Human Relations (Lahnstein, 2015) En vellykket endringsprosess vil dreie seg om å gjennomføre prosesser slik at endringsinitiativ omsettes i bedre resultater (Jacobsen, 2012).

2.2.1. Ledelse

Det finnes en rekke personlighetstrekk og ferdigheter som er relevant for leders effektivitet. Det deles gjerne inn i tre generelle kategorier som består av faglige, mellommenneskelige og begrepsmessige ferdigheter (Høst, 2014). Faglige ferdigheter handler om kunnskap om forskjellige metoder, prosesser, prosedyrer og teknikker for å utføre spesielle oppgaver. Det handler også om evner til å ta i bruk verktøy og hjelpemidler for å kunne utføre oppgaver. Altså, knytte ferdigheter til utførelsen av ens fag som det medisinske- og sykepleiefaglige.

Faglige ferdigheter er nødvendig for å løse problemer knyttet til de konkrete arbeidsoppgavene medarbeiderne skal utføre. Blant annet for å kunne gi fagarbeiderne oppgaver og for å kunne evaluere utførelsen av dem, i tillegg til å veilede og trene dem (Høst, 2014). Med de mellommenneskelige ferdighetene mener Høst at kunnskap om menneskelig adferd og mellommenneskelige prosesser er av betydning. Eksempler han fremviser er evner til å forstå egne og andres følelser, holdninger og motiver ut fra måten du selv og de ansatte sier og gjør ting på. Som leder bør evnen til å uttrykke seg klart og effektivt samt å etablere effektive samarbeidsrelasjoner være ferdigheter man innehar for å etablere gode forhold til underordnede, sideordnede, overordnede og folk utenfor egen organisasjon (Høst, 2014). Den tredje ferdigheten Høst viser til er begrepsmessig. Logisk tenking, dyktighet til å utforme konsepter, evne til å utvikle nye ideer og problemløsninger, analysere hendelser, oppfatte trender, forutse endringer og gjenkjenne muligheter og mulige problemer. Høst hevder at begrepsmessige ferdigheter er viktig for å kunne planlegge, organisere, sette mål, løse problemer og utvikle organisasjonen (Høst, 2014). Disse tre ferdighetene mente jeg var viktig å belyse inn i dette prosjektet, da jeg mener denne kompetansen var nødvendig at jeg tilegnet meg som leder for å klare å gjennomføre implementeringsarbeidet med Alert inn i hjemmebaserte tjenester. Høst sier videre at lederen skal vektlegge å velge ut de ansattes arbeidsoppgaver, utvikler rutiner for hvordan oppgavene skal løses, koordinere arbeidet og påse at alle gjør så god jobb som mulig. Dette hevder jeg står i sammenheng med hva dette prosjektet omhandler. Videre skriver han at ledelsesadferd deles inn i oppgaveorientert- og relasjonsorientert ledelse. Dette har jeg forsøkt å belyse gjennom dette prosjektet.

Høst presenterer 31 ledelseskategorier der et av punktene omhandler å utvikle kompetanse og veilede. Dette innebærer å identifisere medarbeidernes læringsbehov, gi råd, trene og gi tilbakemeldinger på utførelsen av fagarbeiderens arbeid. Høst hevder at man som leder bør være pedagog for sitt personale, som går ut på å kartlegge opplæringsbehov og tilrettelegge for utvikling og vekst. Videre vektlegger han at å involvere medarbeiderne i beslutningsprosesser er hensiktsmessig og effektivt. For eksempel hadde jeg i oppstarten av dette FoU-prosjektet et møte med de ansatte der jeg informerte om denne forskningen og vi drøftet hvordan vi kunne organisere implementeringsarbeidet. Få til samhandling er enda et av Høsts (2014) punkt som jeg vil trekke frem i dette prosjektet. Dette innebærer å fremme samarbeid mellom personer og enheter som kan ha nytte av hverandre. Dette er et av hovedtemaene både i samhandlingsreformen og Alert, og har dermed vært et viktig element å ha fokus på gjennom prosjektet, både for meg som forsker og som leder.

2.2.2. Endringsorientert ledelse

I problemstillingen står blant annet; *Hvordan bygge en lærende organisasjon gjennom strukturelle endringer via endringsorientert ledelse, og hvordan kan fagarbeiderne være med på å bidra til dette?* I følge arbeidsmiljøloven (2015) står det i § 4-2. *Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling* (Haavind, 2015, s. 59-61).

Arbeidsmiljøloven fikk i 2005 et tillegg i tidligere bestemmelse om vern av ansattes verdighet, ved tilføyelse av ordet «integritet», slik: «*Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas*». Det er i arbeidsmiljø-forskning og – litteratur pekt på at faglig integritet i økende omfang er under press i arbeidslivet, bl.a. på grunn av nye måter å organisere og styre virksomhetene på. Det fokuseres på at helsearbeiders faglighet og utbredte opplevelser av å måtte gå på akkord med sine egne verdier. Årsakene til dette kan være for eksempel ressursmangler og mangelfull organisering som leder til mangel på tid til den enkelte pasient eller uforsvarlig medisinsk oppfølging/behandling (Haavind, 2015). Det står skrevet i arbeidsmiljøloven at arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke ved utformingen av dem. Videre i arbeidsmiljøloven er det beskrevet at det skal legges til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid, arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkeltes arbeidstakers forutsetninger og mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar (Lovdata, 2016).

2.3. Oppsummering av teoretisk referanseramme

Gjennom dette kapitlet som omhandler styringsdokumenter og teoretisk grunnlag har jeg forsøkt å belyse teori i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål. Siden jeg forsker på hvordan jeg som leder kan legge til rette for kompetanseutvikling i bedrift har jeg presentert teori som omhandler kunnskap versus kompetanse. Jeg har satt fokuset på hvordan refleksjon benyttes for å oppnå kompetanse i praksis, her hovedsakelig referert til Schön, Hiim & Hippe. Dette blir også belyst i kapitlene om Spurkelands relasjonskompetanse og praksisfellesskaper av Wenger. Hva jeg bør vektlegge i mitt arbeid med endringsorientert ledelse og organisasjonsutvikling med demokratiske prosesser blir presentert gjennom teori i kapitlene 2.2. og 2.2.1. Her har Jacobsen og Høst sammen med arbeidsmiljøloven blitt sentrale i presentasjonen.

3.0. Aksjonsforskning som metodisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for den metodiske tilnærmingen for dette prosjektet. Beskrivelsen og begrunnelsen for hvordan jeg har samlet inn, bearbeidet og tolket dataene, vil dermed være sentralt i dette kapittelet. Styrker og svakheter ved metoden vil bli drøftet underveis.

3.1. Metodisk tilnærming

Innen forskning og da spesielt innen samfunnsvitenskapen skilles det mellom to metodiske tilnærminger, kvalitativt eller kvantitativt. Kvalitative og kvantitative tilnærminger er ikke prinsipielt forskjellige fra hverandre, men de er ulike metoder for å samle inn empiri, og de egner seg i ulike sammenhenger. Sigurd Grønmo (1966. s. 75) uttrykker at kvalitative og kvantitative tilnærminger, grunnleggende ikke konkurrerer med hverandre, men at de utfyller hverandre. Den ene tilnærmingene kan ofte ikke erstatte den andre, men ofte kan de gjensidig utfylle hverandre. Jeg valgte imidlertid i mitt prosjekt kvalitative data. Det var et utgangspunkt for meg at dette valget var av strategisk karakter. Kvalitativ data synes å virke mest lønnsom i forbindelse med mitt konkrete forskningsopplegg, som var avhengig i første rekke av problemstillingen som skulle belyses.

Kvantitative tilnærminger tar ofte sikte på å samle inn data som gir en oversikt, mens kvalitative undersøkelser i større grad er rettet seg mot data som gir innsikt (Grønmo, 2011). Kvantitativ data søker å gå i bredden av et fenomen, mens kvalitativ metode søker å gå i dybden. Disse to metodiske tilnærmingene er også ulike ved at den kvalitative forskningen hovedsakelig tar sikte på å utvikle hypoteser og teorier, mens den kvantitative forskningen primært søker å teste disse (Grønmo, 2011).

Diskusjonen rundt tilnærmingene har til tider vært omfattende (Jacobsen 2000). Det har allikevel i senere tid kommet til en erkjennelse at forskjellen ikke er like stor, og at de to tilnærmingene ikke er så uforenelige som tidligere antatt. Kvalitativ og kvantitativ metode bør sees på som to ytterpunkter på en skala (Grønmo, 2011). I realiteten har de fleste kvalitative forskningsopplegg et innslag av kvantitative data, og omvendt. I stor grad utfyller metodene hverandre. Det er problemstillingen som er avgjørende for hvilke metode som er best egnet, begge er i utgangspunktet like vitenskapelige (Kristiansen, 07).

3.1.1. Kvalitativ tilnærming

Som et generelt overordnet perspektiv bygget denne studien på pedagogisk aksjonsforskning med en hermeneutisk forståelse, som er en kvalitativ tilnærming. Begrunnelsen for metodevalget var et ønske om at helhetlige og praksisnær kompetanseutvikling hos medarbeidere ble belyst, samt å få innsikt i egne lederegenskaper. Jeg ønsket et fleksibelt opplegg som ga meg forståelse for arbeidsplassen som læringsarena. Å velge en kvalitativ tilnærming innebærer at resultatene ikke uten videre kunne allmenngjøres, eller at de var gyldige for andre enheter. Innsamling av data har blitt gjort med ulike metoder, gjennom ulike didaktiske tilnærminger.

I dette kapitlet vil jeg beskrive min forskningstilnærming og metodevalg i forhold til bruk av aksjonsforskning som forskningsstrategi. Jeg vil kort beskrive de ulike metodene jeg har benyttet for å innhente data, hvordan dataene presenteres, tolkes og vurderes, i lys av problemstillingen i oppgaven. Målet har vært å finne ut hvordan man kan implementere nye tiltak for organisasjon- og kompetanseutvikling, samt arbeide med endringsprosesser inn i et fagmiljø.

Det har vært viktig for meg å presisere at dette er ikke gjelder etterutdanninger i utdanningsinstitusjoner, men kompetanseutvikling internt i kommune og bedrift. At alle parter i endringsprosessen har opplevd dette som en demokratisk prosess har også vært av stor betydning. Videre har det vært viktig å arbeide med at kunnskapen som dannes skal innføres permanent og ikke oppleves som «ad hoc», en kompetansenødvendighet her og nå. Prosjektet har også hatt som hensikt å finne ut av hvordan jeg som leder kunne gjennomføre endringsprosess med ulike pedagogiske rammer. For å arbeide spesifikt med dette valgte jeg å benytte arbeidsverktøyet Alert som skulle implementeres i kommunehelsetjenesten for å imøtekomme deler av kravene i samhandlingsreformen (2009).

3.2. Forskningsdesign

I arbeidet med kompetanseutvikling for sykepleiere, helsefagarbeidere og hjelpepleiere i hjemmebaserte tjenester i kommunehelsetjenesten har jeg valgt et aksjonsforsknings- design i form av feltarbeid og ulike kvalitative intervjuer, siden problemstillingen har vært praktisk handling mellom mennesker (Hiim, 2010). I forhold til høyskolens studieplans retningslinjer (Hioa, 2015) har dette gitt meg mulighet til aktivt å jobbe i fagfeltet, med et yrkes-

pedagogisk perspektiv. Dette har blitt bakgrunnen for at jeg valgte forsknings- og utviklingsarbeid⁹ med aksjonsforskning som hovedstrategi.

Problemstilling og forskningsspørsmål har vært styrende for valg av metode og design. En kvalitativ tilnærming velges med utgangspunkt i å få dybdekunnskap og en helhetlig forståelse av valgte tema og for å kunne få kunnskap via få informanter (Thornquist, 2003). En gjennomgang av forskningsfeltet og styringsdokumenter viser ulik kunnskap om valgte tema, dermed ville et undersøkende og beskrivende design med aksjonsforskning og hermeneutisk tilnærming benyttes. Den primære hensikt i oppgaven var å benytte arbeidsplassen som en arena for kompetanseutvikling hos personalet i hjemmehelsetjenesten med ulike metoder.

Med tanke på dette utførte jeg samtaler med Alert-team, sentrale ledere, fagarbeidere og andre samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, for å redegjøre hvordan oppbyggingen rundt implementeringer av arbeidsverktøyet Alert burde foregå, og samtidig informere om hvilke mål jeg hadde for dette utviklingsarbeidet. Man må komme med et klart bilde av ønsket mål og tilstand og hva slags tiltak som bør fremmes for å nå ønsket resultat (Irgens, 2011).

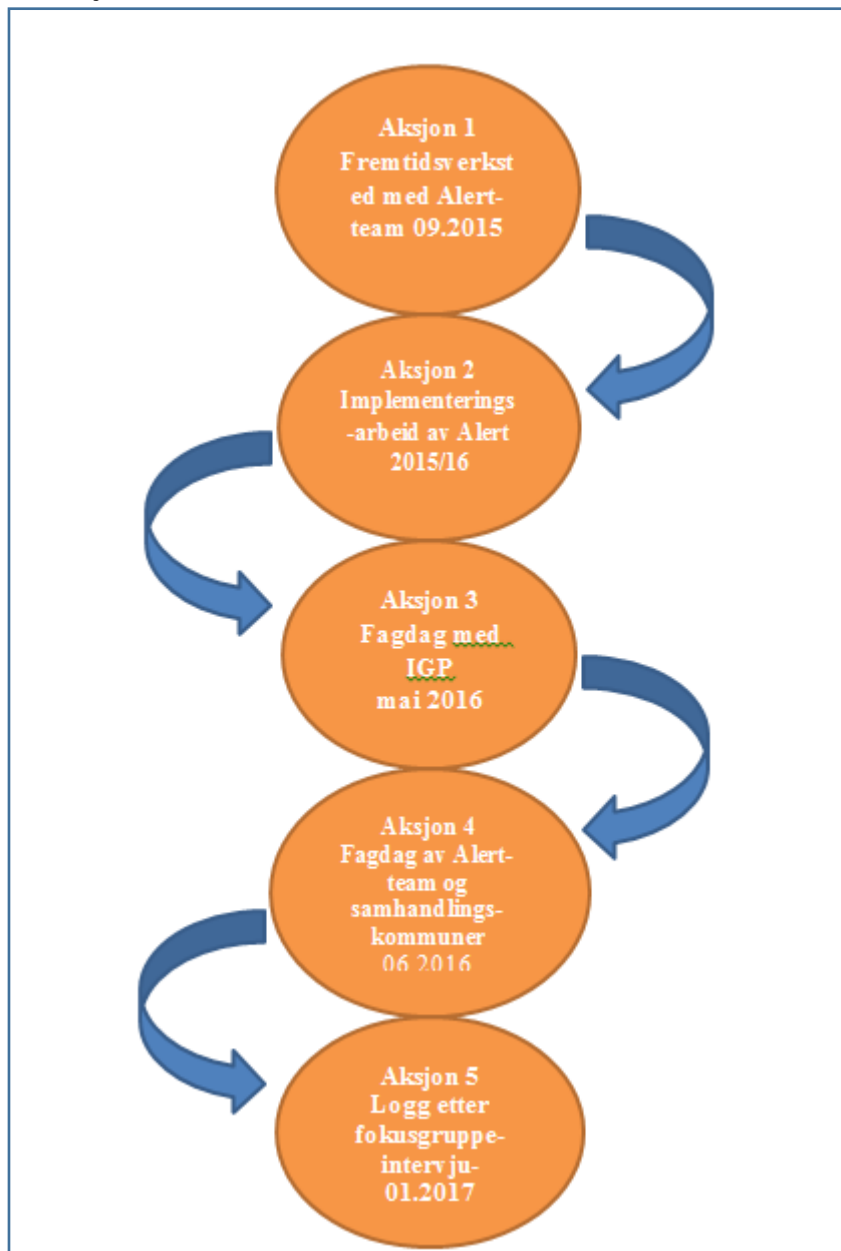
⁹ OECDs definisjon FoU:

FoU består av anvendt forskning og utviklingsarbeid.

Anvendt forskning: utføres for å skaffe til veie nye kunnskaper, primært rettet mot bestemte praktiske mål og anvendelser.

Utviklingsarbeid: anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å framstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer eller tjenester.

Figur 1: Oversikt over aksjoner



Figur 1. er laget av May Brith B Korgerud og er en illustrasjon av Gjennomførte aksjoner i dette FoU- prosjektet

3.2.1. Valg av forskningsfelt og praktisk tilnærming

Utvelgelsen av undersøkelsesenheter ble viktig. Det var avgjørende å velge respondenter som var relevante i forhold til problemstillingen. De ansatte ved hjemmebaserte tjenester hvor jeg er leder utgjør i oppstarten av FoU- prosjektet en gruppe på 44 ansatte. Fordelt på fire sykepleiere og 40 hjelpepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, studenter, elever og assistenter. Alderen på de ansatte er mellom 22 – 70 år. I enheten har vi åtte plasser i bofellesskap for demente, ni plasser for døgnbemannet omsorgsboliger, åtte omsorgsboliger, 30 trygdeleiligheter samt ca. 30 brukere som bor i private hjem. I geografisk spredning har vi

brukere over et område på ca. fire mil fra sør til nord. Alert- team hadde sin base på lokal legevakt i tilknytning til lokalsykehuset. Dette er en legevakt for seks samarbeidskommuner. I min første aksjon gjennomførte jeg fokusgruppeintervju med tilnærmingen fremtidsverksted med Alert team- på legevakt. Dette er et team på seks personer. Dagen jeg kom på intervju var det bare tre deltagere til stede. Jeg valgte å gjennomføre intervjuet fordi det var en lege og to spesialutdannede sykepleiere. Selv om det bare var tre personer til stede mente jeg at både validiteten og relabiliteten var svært god. Den kunnskapen disse fagpersonene hadde om emnet, gjorde at jeg fikk masse informasjon og ideer for videre utviklingsarbeid.

Oppdagelsene de involverte partene fikk gjennom dette FoU-prosjektet er knyttet til fagarbeiderne i hjemmebasert tjenester i sonen jeg er leder for. Det vil derfor bli gjenspeilet subjektive opplevelser. Det har imidlertid vært min intensjon at etter dette prosjektet kan vi komme med noen retningslinjer som kan allmenngjøres for andre soner i kommunehelsetjenestene. Begrepene kompetanse- og organisasjonsutvikling, samt endringsorientert ledelse kan være et eksempel til etterfølgelse for andre kollegaer innen samme fagnivå.

Jeg har valgt å bruke pedagogisk aksjonsforskning i dette forskningsarbeidet. I aksjonsforskning forsker man sammen med og ikke *på* forskningsdeltagerne. Prosessene skal være pedagogiske og individets opplevelser er viktige. Tolkningen av oppdagelsene i aksjonsforskningen kan være med på å utvikle min yrkespraksis. Det er et ønske å få frem fagarbeidernes opplevelser om kompetanseutvikling i hjemmebaserte tjenester. Jeg ønsker å beskrive konkrete beskrivelser av både gjennomføring, resultat og refleksjoner av de ulike aksjonene, for å få frem både hva jeg som leder og de ansatte oppdager som både relevant og utviklende for yrkeskompetansen. Ved utprøving av gjentagende aksjoner kan man følge med i de ansattes kompetanseprosess. Samtidig kunne jeg erfare hvordan utfordringer i prosessen kunne føre til ny kompetanse og nye behov i dette utviklingsarbeidet.

3.2.2. Aksjonsforskning

Aksjonsforskning kjennetegnes ved at forskeren forsker sammen med aktørene som deltar i de ulike aksjonene i en demokratisk prosess. Sentralt i aksjonsforskning er å bygge opp kunnskap som skapes gjennom endring. En forutsetning for at dette skulle kunne skje, er at læringen finner sted hos dem som handler og ikke primært hos selve forskeren. (Klev & Levin, 2009). Under feltarbeidet oppholdt jeg som forsker meg i kommunehelsetjenestens arbeidsmiljø. Jeg tok rollen som deltagende i intervjuer og faglunsjer der personalet tok opp

aktuelle caser som ble diskutert. Jeg samlet inn logg, noterte og stilte spørsmål underveis for å få en oversikt over hva som skjedde i feltet og hvilke prosesser eller hovedutfordringer i forhold til tema Alert som ble møtt i hjemmesykepleien i denne perioden. Det ble gjort feltarbeid over en periode på ca. atten måneder.

Intervjuene ble utført med ulike metoder. I et av intervjuene benyttet jeg en modell etter fremtidsverksted med søt-modell. Intervjuguiden var hovedsakelig inndelt i temaområder med spørsmål rundt organisering av arbeidet med Alert- implementering i kommunen, utfordringer i yrkespraksis, kompetanse, tilpasninger til samhandlingsreformen, ansvar, rolle, funksjon og brukerdeltaktighet. Dette ble utført for å øke førforståelsen før forskningens oppstart. Videre i prosessen benyttet jeg personalmøter, fagdager, nettverksmøter, fag- case lunsjer, samt logg og refleksjonsarbeid.

Aksjonsforskning benyttes i mange ulike arenaer der man arbeider med personell og profesjonell opplæring (Mc. Niff, 2010). Aksjonsforskning er en form for profesjonsbasert forskning, som gir meg mulighet til å forske i egen praksis. Ved bruk av aksjonsforskning som strategi, har jeg hatt som mål å videreutvikle og øke samarbeidet mellom de ulike profesjonene og de ulike aktørene i samhandlingsreformen, spesielt i bedriften jeg arbeider i. I tillegg til dette er jeg opptatt av å utvikle kunnskap som kan få betydning for fagarbeiderne og pasientene i kommunehelsetjenesten. Denne forskningen er basert på noen tydelige prinsipper, som ønske om rettferdighet og demokrati i forskningen, at alle medlemmene som deltar under forskningsprosessen blir hørt og at de blir gitt oppmerksomhet på sitt arbeide med å forbedre sitt virke og profesjonelle liv. Aksjonsforskning er en prosess der en lærer av praksis i samhandling med andre i en demokratisk medvirkning. Denne typen forskning legger vekt på å forske sammen med og ikke forske på (Hiim, 2010). Dette handler dermed om å tilrettelegge for handlingsorienterte læringsprosesser for andre mennesker.

Organisasjonsutvikling dreier seg også i stor grad om dette, og derfor mente jeg at denne type forskningsarbeid passet inn i mitt FoU- prosjekt.

Ved hjelp av fremtidsverksted med Alert- team kunne jeg utvikle min førforståelse i prosjektet, og få et basisgrunnlag for videre forskning. Her kunne også ressurspersoner i Alert-teamet være med å påvirke mitt videre arbeid med innføringen av Alert i hjemmetjenesten jeg forsker ved. Samtidig kunne de da være med å påvirke hvilke tiltak som skulle iverksettes og dermed være med på å gi spiralene i aksjonen mening. I en aksjon planlegger man for en periode handling- gjennomføring for så å reflektere og vurdere. Resultatene som oppstår viser hvilke behov som kommer frem for å kunne danne ny aksjon

med planlegging, gjennomføring, refleksjon og vurdering. Slik kan spiralen fortsette, nye behov for aksjoner fortsetter og slik utvikles kunnskapen (Hiim, 2010). Det er en forutsetning at læring finner sted hos dem som handler slik at kunnskapen skapes gjennom endringer som danner utgangspunktet for nye tiltak. Aksjonsforskning handler om å tilrettelegge for læringsprosesser, noe som prinsippene i organisasjonsutvikling også dreier seg om (Norheim, 2013). Aksjonsforskning er en praktisk rettet undersøkelse gjennom utviklingsarbeid. Den involverer hva du gjør og tenker i praksis og kan også kalles en reflekterende undersøkelse (Mc.Niff, 2010).

Da jeg benyttet meg av denne metoden fikk jeg mulighet til å ta i bruk spiraljobbing, ved å ta opp samme tema med ulike metoder i flere arenaer. Aksjonsforskning begynner gjerne med en hypotese som skal utvikles, i prosessen må man kontinuerlig sjekke om det er i tråd med ønsket mål (Hiim, 2010).

Basisprinsippene i en aksjonsforskning krever en aksjonsplan. Som forsker måtte jeg gjennomgå nå-situasjonen, identifisere et område som jeg ønsket å se nærmere på i bedriften, et problemfelt. Det viktig å planlegge veien videre, prøve ut en aksjon, for så å evaluere responsen og resultatene. Innhenting av dokumentasjon for så å ta vare på resultatene var av stor betydning i forskningen. Jeg måtte modifisere tiltak ut fra funn, for så å arbeide med de nye funnene, evaluere og endre for nye aksjoner (Mc.Niff, 2010).

Aksjonsforskning er en form for forskning, som gir meg som leder av prosjektet, mulighet til å forske i egen praksis. Som avdelingsleder i hjemmebaserte tjenester, med pedagogisk utdanning kunne jeg videreutvikle kunnskap om praktisk- pedagogiske spørsmål i konkrete og erfarte undervisningssammenhenger (Hiim, 2010). Ved bruk av denne metoden har jeg hatt som mål å videreutvikle kompetansen til fagarbeiderne i forhold til kravene i samhandlingsreformen. Blant annet med tanke på veiledning av fagarbeidere som omhandler mellommenneskelige forhold og benyttelse av Alert-kunnskaper. Ved hjelp av de ulike aksjonene, kunne både fagarbeiderne, profesjonsutdannede, jeg som leder og forsker, være med på å påvirke hvilke tiltak som siden skulle settes i verk. På denne måten gis spiralene i aksjonen mening. Jeg har hatt tro på at svar og resultater fra denne aksjonsforskningen, kan bidra til forskningsfeltet generelt, og at vi oppnår at Alert, kompetanse- og organisasjonsutvikling, blir et allment begrep innen kommunens helsetjenester. For å få til dette, vil jeg dele informasjon om, og resultater i dette FoU- til aktuelle ledere og ressurspersoner, i egen og omkringliggende kommuner.

3.2.3. Hermeneutiske prinsipper

Når man jobber med aksjonsforskning er det naturlig å skrive om Hermeneutiske prinsipper. Disse sier mer om hvordan data kan tolkes. Det har gjennom tidene vært ulike oppfatninger av hva som menes med hermeneutikken eller fortolkningslære. I middelalderen var hermeneutikk opprinnelig knyttet til tolkning av bibelske, juridiske og klassiske tekster. Et viktig vendepunkt i hermeneutikkens utvikling var da Schleiermacher (1768-1834) hevdet at alle tekster var fylt med mening, og at hermeneutikk ble en tolkningslære for alle skrevne tekster. Dette blir utvidet ved og også innebefatte det talte språk av Dilthey (1833-1911). Neste store vendepunkt er da Gadamer fører hermeneutikken inn i et grunnleggende mønster for all menneskelig forståelse, der ethvert møte med en tekst sees på som en dialog. I følge Gadamer er det tre forhold som involveres når en står ovenfor en tekst. Forforståelse, fordom og en hermeneutisk spiral (Thornquist, 2003).

Forforståelsen man har, bygger i følge Gadamer (1900-2002) på om hvor man bor, hva man jobber med, arv, miljø, kulturelle betingelser, årstall og lignende faktorer. Forståelse er de holdninger og oppfatninger man har, bevisste og ubevisste. Under- og etter aksjonen vil man få ny kunnskap som skal reflekteres over og man vil få en ny forståelse. Men det vil ikke skje en fullstendig forståelse før det kommer i stand en horisontsammensmeltning, det vil si fortid og nåtid forenes i en forståelsesprosess (Hasslestad & Vassjø, 2010. s. 43). Disse prinsippene er viktig å ha med seg inn i denne type forskning da dette bidrar til å få frem sammenhenger mellom både vitenskap- og kunnskapssyn og prinsippene for valg av de ulike forskningsmetoder, samt i innsamling av data (Hiim & Hippe, 2001. s. 280).

I dette FoU-prosjektet har jeg valgt ulike metoder for å kunne tilegne meg ny kunnskap. Da jeg startet opp prosjektet hadde jeg en førforståelse av hvordan sykepleier og hjelpepleiere utførte mange av sine arbeidsoppgaver i sykehus.

Ved Hermeneutiske prinsipper er det viktig å stille seg spørsmål som; hva er forståelse og fortolkning. Hva vil det si at noe er meningsfylt og hvordan bør jeg da som leder utforme min forskningspraksis hvis jeg ønsker å gå fortolkende til verks. Hermeneutikk retter seg mot fortolkning av blant annet dialog, samtale, sosiale handlinger og praksis. Ved de ulike aksjonene som ble gjennomført, var det ikke slik at ethvert utsagn nødvendigvis var direkte forståelig eller oversettelig. Utsagnet kunne fortolkes på mange forskjellige måter, derfor ble risikoen for misforståelser til stede, og jeg fortolket meg frem til en dekkende og sammenhengende mening, forståelse eller handling. Min forforståelse i oppstarten av dette

FoU- prosjektet var at de ansatte i kommunehelsetjenesten hadde behov for fagutvikling for å kunne møte behov i samhandlingsreformen. Dermed startet jeg den første aksjonen og jobbet meg videre med de ulike aksjonene, på grunnlag av både forståelse og fortolkning av resultatene som oppsto. Dette er i tråd med hva Gadamer har gitt uttrykk for: *at det ikke er så viktig hvordan vi fortolker, men hvorfor* (Fuglesang, Olsen, Rasborg, 2014. s. 292). Videre hevder han at anvendelse av metode ikke er ensbetydende med oppnåelsen av sann viten eller erkjennelse, men at i møte med «samtalepartneren» skapes det mening. Dette er dermed i tråd med aksjonsforskningens prinsipper, slike jeg har tolket den, at de ulike metodene kommer til på veien. Dette er årsaken til at den hermeneutiske sirkel beskrives som en spiral, som er gjenkjennbar ved at den hverken har en begynnelse eller slutt, men som i prinsippet er en uendelig og uavsluttet prosess (Fuglesang, m.fl. 2014. s. 300).

3.2.4. Didaktisk relasjonsmodell i aksjonsforskning

Didaktisk relasjonsmodell er et planleggingsredskap for læring. Modellen har følgende kategorier; mål, innhold, arbeidsmåter, rammefaktorer, elevforutsetning og vurdering. Modellen illustrerer at det er et gjensidig avhengighetsforhold mellom de ulike kategoriene (Bø. Helle, 2013).

I arbeidet med dette prosjektet har jeg benyttet meg av den didaktiske relasjonsmodellen i planleggingen av tiltak for Alert-implementeringen i hjemmebaserte tjenester. Fagarbeidernes læreforutsetninger, rammefaktorer, mål og gjennomføring med refleksjon var viktige elementer. Jeg måtte vurdere om det fungerte med de tiltak som ble iverksatt for å kunne ta i bruk Alert-prinsippene i vår sone, om fagarbeiderne klarte å reflektere over egen læringskurve og handling i pasientsituasjoner der det var nødvendig å benytte disse prinsippene. Klarte fagarbeiderne å samarbeide om bruken av Alert, og om de så nytteverdien av bruken. Dette går også inn i de ulike elementene i relasjonsmodellen som for eksempel deltagerforutsetninger og rammefaktor.

Organiseringen av tiltakene gikk ut på at det overordnede målet skulle handle om økt yrkeskompetanse i hjemmebaserte tjenester, basert på Alert-prinsippene. Det var et forsøk på å øke bevissthet samhandling, vurdering og læring via muntlige og skriftlige refleksjoner og loggføring.

Jeg har fokusert på innholdet hvordan tiltakene skulle gjennomføres og hvordan jeg på best mulig måte fikk formidlet den informasjonen som var ønskelig for dette prosjektarbeidets mål. Jeg benyttet meg av samtaler med sykepleierne i egen sone og Alert-team.

Videre måtte jeg fokusere på hvilke arbeidsmetoder jeg skulle ta i bruk, både i førforståelse for tema, samt i forhold til å inkludere fagarbeiderne i bruken av Alert-prinsippene i vår sone. Arbeidsmetoder ble tenkt nøye igjennom i forhold til deltakerforutsetninger. Dette gjelder likeså mye de ulike profesjonene i sonen som sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere og hvilke institusjon jeg skulle ta i bruk i undersøkelsen. Deltagerforutsetninger ble vurdert til å gjelde fagutdannet personale fra kvalifisert arbeidsmiljø i hjemmebaserte tjenester hvor jeg arbeider som leder. Det har vært avgjørende for denne undersøkelsen at den didaktiske analysen har blitt gjennomført.

3.3. Metodetriangulering

For å belyse problemstillingen har jeg valgt å bruke ulike metoder for innhenting av data. Dette kalles metodetriangulering. Med denne metoden har det vært mulig å innhente ulike svar, noe som har gjort arbeidet mer pålitelig, validitet og reliabilitet. Hva slags data og kilder som kombineres er i følge Grønmo (2011) avhengig av blant annet problemstilling som skal belyses og hva slags kilder og data som er tilgjengelig (Grønmo, 2011).

I følge Grønmo (2011) kan samfunnsvitenskapelige studier bygge på metodetriangulering. Dette skriver han, innebærer at en bestemt undersøkelse er basert på ulike metoder. I samfunnsvitenskapen innebærer trianguleringen at bestemte sosiale fenomener studeres ut fra ulike synspunkter og synsvinkler. Den går ut på å belyse samme problemstilling ved hjelp av forskjellige metoder og data (Grønmo, 2011).

3.3.1. Arbeidsmetoder og tilnærming for innsamling av data.

Gjennom Alert kurs, fokusgruppeintervjuer, arbeidslunsjer med case-trening, fagdager, logger og samtaler ønsket jeg å finne svar på min problemstilling. Arbeidsmetodene som har blitt valgt ut på veien er blant annet noen jeg har blitt kjent med gjennom studiet- master i yrkespedagogikk. Funn som har vært interessante er de ansattes opplevelser av opplæringen, og om disse opplevelsene har utviklet både deres yrkeskunnskap og organisasjonen i sin helhet. Ved å ha samlet inn data med ulike metoder, har dette ført til at jeg har fått en mer helhetlig forståelse av den informasjonen jeg har mottatt. Det har vært viktig å se den enkeltes ansatte kvaliteter ut fra de erfaringer de har opparbeidet seg underveis i ulike situasjoner. Jeg

håper eksemplene på arbeidsmetoder som er gitt i dette prosjektet kan være til inspirasjon både til videre arbeid for meg selv som leder og for andre ledere som jobber med kompetanse- og organisasjonsutvikling, samt endringsorientert ledelse.

3.3.2. Fremtidsverksted og SØT-modell

Jungk og Müllert sier i sin bok *Håndbog i fremtidsværksteder*, at målet med å benytte fremtidsverksted som metode, er å aktivisere alle interesserte parter i prosesser hvor slutninger blir til. Dette gjelder ofte prosesser som til vanlig blir besluttet av ledere, eksperter og politikere (Jungk & Müllert, 1989). I følge Jungk og Müllert er dette en modell som fremmer demokrati, der alle parter skal være likeverdige. Jeg mente at fremtidsverksted kunne være et godt arbeidsredskap for å kunne få god respons og funn, samt å utvikle et samarbeid med de ansatte ved Alert-team. For å få frem de ansattes kunnskap, ønsker og erfaringer mener Jungk og Müllert at fremtidsverksted er en god metode. Dette kan være et forum der deltagerne i fellesskap bestreber seg på å komme med ønskelig og mulige tiltak. Forslag til drømmer og fantasier samt å undersøke muligheten for å virkeliggjøre disse i fremtiden var også ønskelig med denne forskningsformen (Jungk og Müllert, 1989). Videre sier de at den felles utviklingen av konkrete fremtidsforestillinger skaper et sterkt opplevelsesfellesskap mellom deltakerne. Dette kunne være med å styrke et videre samarbeid mellom Alert-teamet og meg som forsker og som leder i en hjemmetjeneste for videre arbeid, med spesielt tanke på gjeldende FoU-prosjekt.

Jungk og Müllert (1989) deler fremtidsverkstedet inn i fem ulike faser:

1. Forberedelsesfasen
2. Kritikfasen
3. Utopifasen
4. Virkelighetsfasen
5. Oppfølgingsfasen

For å kunne anvende fremtidsverksted som en metode er det viktig å ha kunnskap om gjennomføringen. De fem fasene er vesentlige momenter som det må tas hensyn til ved gjennomføringen. Siden jeg skulle gjennomføre fremtidsverksted med kun få personer, valgte jeg å benytte meg av SØT-modellen. Prinsippene her er bygget opp rundt samme prinsipper som fremtidsverksted, men siden jeg hadde så liten gruppe mente jeg dette ble mer nærliggende for min aksjon. Jeg vil presentere denne arbeidsmetode i neste avsnitt.

Jeg benyttet SØT modellen inn i dette fremtidsverkstedet. «S» vurderer situasjonen nå, «Ø» etterspør ønsket situasjon og «T» inviterer til å beskrive tiltak vi er villige til å forplikte oss til for å kunne komme oss fra situasjonen nå og til ønsket situasjon. Bruk av SØT-modellen som forskningsverktøy er gjerne slik: Avklaring av Situasjonen nå- avklaring av Ønskesituasjonen- utvikling av tiltak for å oppnå ønskesituasjon- gjennomføring av Tiltak- refleksjon over gjennomføring- justering av fremtidige strategier som følge av det vi har lært (Hartvigsen & Kversøy, 2012).

Ofte blir en type pedagogisk sol benyttet i denne metoden, det gjorde jeg også i denne undersøkelsen. Modellen kan visualiseres gjennom tre enkle pedagogiske soler med spørsmål i midten. *Hva er situasjonen nå? Hva ønsker vi? Hvilke mulige tiltak ser vi for oss?* Solen ble i dette tilfellet tegnet på et A2-ark som jeg la på bordet mellom deltagerne. Hver enkelt deltager fikk utdelt en tusj. Så skrev de i stikkordsform/korte setninger rundt solen. Gjennom en gjennomtenkt organisering er det viktig å legge til rette slik at deltakerne ser hverandre og at samtalene blir så gode som mulig hevder Hartvigsen & Kversøy (2012). Kommunikasjon betyr å gjøre felles. Å fylle en pedagogisk sol synliggjør hva som er situasjonen her og nå i en type velordnet situasjon. Det trenger ikke alltid å være så mye som skal til. Ønsket med å anvende SØT-modellen var å sette i gang en tankemodell, for å få medlemmene i aksjonen inn i en demokratisk utviklingsprosess hvor gode forslag til endringsarbeidet kunne tilrettelegges (Hartvigsen & Kversøy, 2012).

I dette prosjektet ble Solen brukt for å bevisstgjøre og få nedskrevet hvilke kunnskap Alert-teamet besatt i oppstartet av prosjektet. Det var viktig for meg, at de fikk belyst erfaringer for hva som fungerte og hva som ikke fungerte så bra, på dette tidspunktet. Videre var det viktig å få frem deres meninger om hvilke tiltak som de mente skulle til for å kunne oppnå kompetanseutvikling hos de ansatte.

Situasjonen nå/kritikkfasen: det er i denne fasen selve verkstedarbeidet starter. Her er det viktig å jobbe i fellesskap mot gruppas felles utfordring. Her skal alle deltagerne få mulighet til å skrive opp sine forslag. Jungk og Müllert mener at det her er nødvendig å få frem kreativiteten og åpenheten i gruppen. Målet er å synliggjøre en kritisk status over den nåværende situasjonen. Det er disse kritiske uttalelsene som skal danne grunnlaget for det videre arbeidet i de neste fasene i fremtidsverkstedet (Jungk og Müllert, 1989). Deltagerne skal her bare skrive ned det de er kritiske til eller er misfornøyde med. De skal fatte seg i korthet og kun skrive korte setninger eller stikkord. Man kan i et fremtidsverksted å ha en utvelgelse av hvilke punkter under kritikkfasen vi skal arbeide videre med. Siden det kun var

tre deltagere med på aksjonen og fremtidsverkstedet omhandlet hvordan vi kunne implementere Alert inn i kommunehelsetjenesten, valgte jeg å la alle punktene i kritikkfasen stå.

Ønsket situasjon/ utopifase: Målet med denne fasen er å få frem deltageres forhåpninger, drømmer og fantasier (Jungk og Müllert). Her skal de la fantasien og kreativiteten få fritt spillerom. Dette som et mål for å forandre den tilstanden de har kritisert i kritikkfasen. Her skal de forsøke å ikke la seg påvirke av utenforliggende negative rammefaktorer som for eksempel lite fagutdannet personale, for lite kommunale langtidsplasser, økonomi og så videre. Deltakerne skal her formulere de ønsker og behov de har, selv om de ved første øyekast kan virke helt umulig. I denne fasen skal deltagerne reflektere over de erfaringer de har og deres evne til å fantasere. På denne måten kan forestillinger om den fremtiden de ønsker å leve i, skapes.

Virkelighetsfasen: Det er i denne fasen verksteddeltagerne erfarer spriket mellom ønsker og det som faktisk er mulig å oppnå. I denne fasen er målet at både kritikken og realiteten kommer frem. Men det er viktig at fantasien fortsatt får spille en stor rolle. Skal det bli noen mulighet for forandring av et system, må fantasien fortsatt være til stede.

I denne fasen må deltagerne gå gjennom resultatene fra ønsket/utopi- fasen. Her bør det i utgangspunktet foretas et utvalg, med tanke på at deltagerne kan komme med forslag som senere kan realiseres. Jungk og Müllert beskriver denne prosessen med tre hovedelementer.

1. Vurdering

Forslagene som har kommet frem i ønsket- situasjon/utopifasen må nøye vurderes med henblikk på deres muligheter for realisering. Deltakerne kan her stille seg spørsmål som: Kan vi starte opp med noen av disse forslagene? Hvilke hindringer kan vi støte på? Hvordan vurderer de ansatte i kommunehelsetjenesten disse forslagene? (Jungk og Müllert, 1989).

2. Strategi

Når gruppen har vurdert spørsmålene, må det legges en strategi. Deltakerne kan her stille seg spørsmål som: Hvilke av disse forslagene kan vi opprettholde? Hvilke faglige og økonomiske rammer er det viktig at er til stede? Hvordan kan vi samarbeide for å få til dette? disse spørsmålene må vurderes før deltagerne går over til neste element (Jungk og Müllert, 1989).

3 Aksjon.

Jungk og Müllert skriver at hvis verksteddeltagerne mener at noen av forslagene kan realiseres, så skal man våge å ta skrittet til aksjon. Dette innebærer at deltakerne iverksetter

handlinger basert på resultater fra utopifasen. Spørsmål som kan stilles under dette elementet er: Hva må man ta høyde for i et slikt forsøk på handling? Hvordan skal det eventuelt finansieres? Hvem engasjerer seg? Hvor mye krever det av oss? Hva kan gjøres for å sikre prosjektet og hvordan skaper man offentlighet rundt dette? i ønsket situasjon/utopifasen var det forbudt å tenke kritisk, mens i denne fasen skal man derimot stille kritiske spørsmål. Her må virkeligheten konfronteres (Jungk og Müllert, 1989).

I virkelighetsfasen – tiltak, er det viktig å sortere de ulike forslagene som kom frem i utopifasen. Hensikten med dette er å sette forslagene inn i et system. Dette kan gjøres ved å for eksempel tematisere de ulike forslagene. Der deltagerne finner likhetspunkter, kan de sette sammen forslagene i grupper.

3.3.3. Refleksjoner og logg

Her vil jeg redegjøre for refleksjon og logg som et redskap for dokumentasjon av funn, og som en viktig prosess i aksjonsforskning.

Et av målene med prosjektet var å få til kompetanseutvikling hos fagarbeiderne, ved å innføre arbeidsverktøyet Alert. I et av forskningsspørsmålene spør jeg om «*Hvordan bygge en lærende organisasjon via endringsorientert ledelse, og hvordan kan fagarbeiderne være med på å bidra til dette*»? En måte til innhenting av data var bruk av refleksjonsgrupper og logg. Ønsket var at fagarbeiderne skulle utvikle sine refleksjoner rundt dette arbeidet. Jeg har vært opptatt av at fagarbeiderne skulle kunne utøve sin yrkeskunnskap og utvikle sin yrkeskompetanse.

Situasjonslogg kan være et hjelpemiddel underveis i arbeidet med implementeringen av Alert. Dette krever noe innsats fra fagarbeiderne, men gir ofte valuta tilbake i form av bevisstgjøring og innsikt i hva som skjer i løpet av en arbeidsperiode. Loggen kan være med å bidra til økt bevissthet, og å skape mening i hva som egentlig skjedde. Altså en etterprøving av handlingsforløpet og gjennom dette å synliggjøre hva som kan gjøres annerledes en annen gang (Amble & Gjerberg, 2009).

Eklund (2007) skriver i sin bok «yrkesdidaktikk for grunnutdanning i helse- og sosialfag» at refleksjon er med på å bevisstgjøre deltakeren i forhold til den kunnskapen de tilegner seg. Hun mener at det er gjennom refleksjon man kan integrere kunnskapen i de praktiske handlingene fagarbeideren utfører. Dette er med på å bevisstgjøre fagarbeideren de erfaringene de tilegner seg ved de praktiske handlingene i situasjoner der de må arbeide etter

Alert- metodikk. Refleksjon er en aktiv og krevende prosess, som krever åpenhet og utholdenhet. Dette er i tråd med Schön (1983) sine teorier om refleksjon i handling. For at man skal kunne ha nytte av og løfte refleksjonene er det noen strategier og ferdigheter deltakerne burde inneha. Dette er blant annet selvforståelse, ferdigheter til å beskrive situasjonen, kritisk analyse og evalueringsevne (Eklund, 2007).

Å benytte seg aktivt av refleksjon, individuelt og kollektivt etter utprøving med mestring og feiling i praksis er viktig i læreprosesser. Refleksjonsverktøy for mestring, bygger på forskning som viser at sekvenser som veksler mellom refleksjon og handling, det vil si at man prøver ut i praksis, vil øke graden av mestring. Det at man klarer en krevende arbeidsoppgave og mestrer den, gir energi og arbeidsglede. De oppgaver eller situasjoner som man derimot ikke takler så godt, tar uforholdsmessig mye oppmerksomhet og krefter. Et godt læringsmiljø legger til rette for at medarbeiderne lærer mestring av hverandre. Erfaring viser at læring mellom kollegaer og utprøving i praksis, oppleves som økt faglighet og profesjonalisering i jobben (Amble & Gjerberg, 2009). Det har vært nyttig og viktig at fagarbeiderne har fått ulike caser fra arbeidshverdagen som har gjort de i stand til å reflektere. Det har vært et behov for å trene på denne prosessen.

3.3.4. Fagdag og IGP som metode

Skal vi lykkes med nærværarbeidet er det viktig at alle deltagerne i prosjektet er med. Også de stille stemmene skal høres. IGP er en metode for å få med alle deltagerne til å skape en endring, og med dette en bedre arbeidsplass. En viktig suksessfaktor i nærværarbeidet er forankring både blant ledere og medarbeidere. Det gir eierskap og skaper engasjement for det som skal gjennomføres. Denne metoden hjelper deltagerne med å komme fram til hva som er viktigst å ta tak i og hva som skal prioritere først (idebanken, 2016).

IGP-metoden (Individ– Gruppe– Plenum) er en strukturert metode som kan brukes i medvirkningsbasert utvikling.

IGP er en forkortelse for individ, gruppe, plenum. Metoden foregår i fire etapper;

- individuell refleksjon
- samstemme i gruppe
- presentere i plenum
- prioritere å lage handlingsplan

Metoden skal sikre medvirkning og føre til at beslutninger blir tatt i fellesskap, den kan også benyttes i personalmøter eller internt i gruppen.

I forkant av selve gjennomføringen av metoden gjøres et forarbeid:

- Utpeke IGP-leder: IGP-leder for gjennomføring er ofte leder eller fagansvarlig.

Lage spørsmål:

Det skal lages *ett* spørsmål eller case med bakgrunn i en spesiell utfordring, et aktuelt utviklingsbehov eller forbedringsmulighet i eget arbeidsmiljø. Medarbeiderundersøkelser og andre kartlegginger kan være et godt utgangspunkt. Spørsmålet skal være løsningsorientert og positivt ladet

Gruppeinndeling

Ansatte deles inn i grupper på 3 – 8 deltakere. Man kan velge å ha like eller ulik gruppesammensetning (eks. kjønn, yrkesgrupper) alt etter hva spørsmålsstillingen er. Det er en fordel å ha god gruppedynamikk. Leder kan sette sammen gruppene forhånd.

IGP-leder utpeker gruppeleder i hver gruppe. Gruppeleder har ansvar for å overholde at alle kommer til og får sin taletid, holde tiden, telle sammen poengsum og føre opp gruppens resultat i plenum. Det er også nødvendig med en sekretær og en viddevakt.

Resultatet implementeres i en handlingsplan eller i et utviklingsarbeid (Idebanken, 2016).

Ringstadbekkrisset eller Vurderingskryss ble benyttet i dette IGP prosjektet. Et vurderingskryss er et vurderingsverktøy som er enkelt å bruke, det tar for så vidt kort tid å fylle ut. Det kan brukes individuelt eller i plenum. Det gir konkrete og kjappe tilbakemeldinger. Det legger vekt på at svarene skal peke positivt fremover, og det kan benyttes like godt muntlig om skriftlig.

Figur 2: Ringstadbekkrysset/vurderingskrysset



Figur 2: Ringstadbekkrysset modell laget av May Brith B Korgerud 2017

Ved å benytte IGP som metode med case som diskusjonsforum og vurderingskryss for å innhente svar, ble alle deltagerne på fagdagen innlemmet i implementeringsarbeidet med Alert. Her måtte alle deltagerne komme med utspill, og alle fikk komme med sine synspunkter og ble hørt. Denne metoden stemmer godt overens med målet for aksjonsforskning, der forskningen skal foregå i demokratiske prosesser.

3.3.5. Case-lunsj

Det var et ønske fra Alert-team at hvert tjenestested jobbet aktivt med case-trening. I hjemmebaserte tjenester denne forskningen omhandler er det allerede etablert fag-lunsj hver onsdag. Denne er godt innarbeidet, de ansatte møter opp og er engasjert. Med dette som utgangspunkt diskuterte vi oss frem i avdelingen at det kunne være nyttig å innføre case-lunsj. Her tok vi opp aktuelle hendelser som vi kunne bruke som case-trening i forhold til å benytte MEWS-score og ISBAR-kommunikasjonsverktøy. I utgangspunktet planla jeg case-lunsj etter Amble & Gjerbergs (2009) modell, i prosjektet hjerte, hode hender, men denne måtte justeres noe i praksis. Vi møttes til lunsj- mandager kl: 12:00. Jeg hadde planlagt hvilke case vi skulle ta opp i plenum. Utstyr som blodtrykksapparat, saturasjonsmåler, klokke og lignende var på plass. Først hadde vi 10 minutter med presentasjon av aktuelle hendelser som hadde skjedd i sonen siden sist, status, hva skjedde, også videre. Vi diskuterte og reflekterte rundt episodene, og eventuelt benyttet vi disse å øve videre på. Hadde det ikke skjedd noen episoder som vi kunne benytte til case- trening, hadde jeg forberedt case, som jeg presenterte og som vi øvde på (se vedlegg 9).

Figur 3: Case-lunsj



Figur 3. illustrerer gangen i case-lunsj med Alert-trening. Laget av May Brith B Korgerud 2017.

3.4. Analyse av metoder

For å kunne gjennomføre en empirisk undersøkelse ved hjelp av aksjonsforskning som metode kreves det mye arbeid i forkant av hver aksjon. Dette gjelder spesielt i forhold til utvalg av metoder som både skal gi svar på problemstilling og forskningsspørsmål, og at hver og en ansatt skal føle seg sett, hørt og finne relevans for tema samtidig. Bruk av den valgte teori i denne forbindelse har selvsagt vært utfordrende, selv om jeg har funnet dette relevant og spennende underveis i prosessen, det har vært gøy når jeg har oppdaget sammenheng og relevans mellom teori, metodevalg og funn. Empirisk forskning innebærer at en må søke å finne frem til de begrep som er fundert i den valgte teori. Og videre, at en klarer å få målt eller analysert de sentrale begrep knyttet til denne (Sundt, 2010). En annen fallgrube er om jeg har klart å velge ut de mest sentrale tema i styringsdokumentene når jeg ønsket å benytte meg av dokumentanalyse. Til sammen var dette en del av utfordringen i forbindelse med utarbeidelse av metoder og i analysen, da jeg måtte benytte synonyme begreper for at respondentene underliggende skulle forstå problemstillingens forskningsspørsmål, og som samlet sett dekket det teoretiske perspektiv. Når dette skulle settes i sammenheng ville det være et spørsmål om

jeg klarte å kategorisere riktig, eller tilstrekkelig. Videre har bruk av elektronisk søkemetode også vært en mulig feilkilde da søkefunksjonene kan være utilstrekkelig.

3.5. Reliabilitet og validitet

Dette forsknings- og utviklingsprosjektet handler i hovedsak om helhetlig og praksisnær opplæring og utvikling av yrkeskunnskap hos fagarbeidere i bedrift. Der demokratiske prosesser rundt endringsorientert ledelse står i fokus. Det finnes anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav for slikt arbeid. Dette bygger på at metodene som benyttes i et slikt FoU-prosjekt skal gi troverdig kunnskap. For at datamaterialet som samles inn skal være pålitelig, må det stilles krav til nøyaktighet på de forskjellige trinn i datainnsamlingen. Det betyr at kravene til validitet og reliabilitet må være oppfylt. *Validitet* står for relevans og gyldighet. «*Det som måles må, være gyldig for det problemet som undersøkes*» (Dalland, 2000. s. 50). Det er de subjektive erfaringene og opplevelsene som kommer frem. Dette blir tolket av meg både som forsker og leder. Opplevelsene og erfaringene til fagarbeiderne som deltar i dette prosjektet, kommer i tillegg til min tolkning av de teorier og tidligere forskning som jeg har satt meg inn i om tema. *Reliabilitet* henviser til hvor pålitelig resultatene er, forskningenes troverdighet. Samtidig behandles reliabilitet ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres, med tanke på om en annen forsker skulle kunne oppnå samme resultat ved å gjenta undersøkelsen under de samme betingelser og forutsetninger (Kvale & Brinkmann, 2009). Målinger må utføres korrekt, og eventuelle feilmarginer må angis (Dalland, 2000).

Metoden i aksjonsforskning bør gi kvalitativ data som sier noe om opplevelsene, følelsene og refleksjonene til deltagerne (Eklund, 2007). Som det er referert til i Grønmo (2011), bør dataene være relevante i forhold til problemstillingen. I arbeidet har det vært riktig å lytte til deltagerne og la alle få mulighet til å uttale seg. Underveis i prosessen, har jeg selv benyttet meg av egne logger/dagbøker, møterefater og lydopptak, for med dette å få frem, og ikke glemme viktige funn og resultater.

3.6. Refleksjon og kritisk tilbakeblikk

Jeg vil her løfte fram noen utfordringer jeg har støtt på underveis i denne prosessen. Prosjektet har hatt et tematisk stort omfang. Helhetlig og praksisnær kompetanse- og organisasjonsutvikling, samt endringsorientert ledelse, er alle omfattende felt som hver for seg hadde fortjent en selvstendig undersøkelse. I retrospektiv ser jeg at dette har vært et ambisiøst prosjekt som inviterer til større avgrensning, noe oppgaven kan bære preg av. Samtidig var det

nettopp disse temaene sammen med krav i samhandlingsreformen (2009) som tente min interesse, og en «trianglering» av disse fenomenene har vært en nyttig og lærerik utfordring. Denne oppgavens tema berører imidlertid både kommunehelsetjenestens fagarbeidere på virksomhetsnivå, så vel som på samfunnsnivå. Ved å operere mellom ulike nivåer risikerte jeg at presisjonsnivået ble utydelig, og at diskusjonen framstår som upresis og uoversiktlig. Jeg har definert temaet for oppgaven til å være knyttet til kompetanse- og organisasjonsutvikling, med fokus på endringsorientert ledelse i kommunehelsetjenestens helsetjeneste, for med dette å kunne møte krav i samhandlingsreformen. Både analyse og drøftinger vil foregå med utgangspunkt i dette perspektivet. Min ambisjon har vært og til enhver tid å presisere hvilket tema jeg befinner meg på underveis i den konkrete drøftinga, og slik prøve å opprettholde den nødvendige distinksjonen.

Arbeidsverktøyet Alert var til dels nytt og ukjent for fagarbeiderne som var deltagere i dette FoU- prosjektet. Dette skapte noen utfordringer da jeg selv var godt kjent med prinsippene og var ivrig og til dels utålmodig for å få dette implementert i hjemmetjenesten jeg var leder for. Men samtidig tenker jeg dette virket som en «drive» på meg som forsker, for å få til og gjennomføre implementeringen.

Et annet poeng som er verdt å problematisere, er at jeg må stille spørsmål til validitet i den grad jeg arbeider som leder i den hjemmebaserte tjenesten som jeg samtid forsker i. Maktprinsippene kunne her føre til at fagarbeiderne ga meg de svarene jeg ønsket. Men i den grad jeg benyttet aksjonsforskning som metode, og la vekt på demokratiske prosesser og ulike aksjoner, velger jeg å tro at svarene i denne forskningen er valide. Jeg ser at jeg kunne fokusere mere på problemene jeg møtte underveis, i stede for å fokusere på å få bekreftelse for alt som gikk bra. I ettertid har jeg tilegnet meg kunnskap om at forskning handler om å motbevise, så vel som å bekrefte.

Målet med dette FoU- prosjektet var å få til en varig endring i arbeidshverdagen i hjemmebaserte- tjenester med å innføre arbeidsverktøyet Alert. Min opplevelse i slutt-prosessen av dette utviklingsarbeidet, er at vi har fått til en endring, og trolig vil også denne endringen vare, i den grad det også har et samfunnsmessig fokus.

3.7. Etiske overveielser

Det ble sendt melding til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som godkjente prosjektet. Det ble opprettet kontakt med mine ledere i kommunen der jeg informerte om prosjektet, for godkjenning av forskningsområdet. Det ble på denne måten opprettet direkte kontakt med ressurs- personer i Alert- teamet. Enhetsleder i kommunen informerte og inkluderte Alert- teamet om mitt arbeid, og det ble sendt forespørsel om jeg kunne inkluderes som forsker i dette arbeidet. Jeg fikk raskt positiv tilbakemeldinger og kontakt var opprettet.

Prosjektet omhandler til tider helseopplysninger om pasienter som ble diskutert i faglunsj. I og med at jeg forsket i egen bedrift, der alle som arbeider jobber etter helsepersonelloven og har skrevet under taushetsplikt valgte jeg å ikke søke Regional Etisk Komite (REK) for dispensasjon for fritak fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 første ledd og forvaltningsloven § 13 første ledd. Som leder hadde jeg tilgang til journaler, men jeg har valgt å bare ta for meg muntlig og skriftlige rapporter om hendelser som omhandlet temaene som har vært aktuelle for denne forskningen. Tilstedeværelser på møter eller annen kjennskap til sensitive informasjon om pasientene studiet retter seg mot, har ikke blitt registrert, eller på annen måte blitt brukt i dette studiet. Observasjonene har blitt rettet mot hvordan de ansatte har forstått innholdet i vedtaket og hvordan de setter dette ut i praksis.

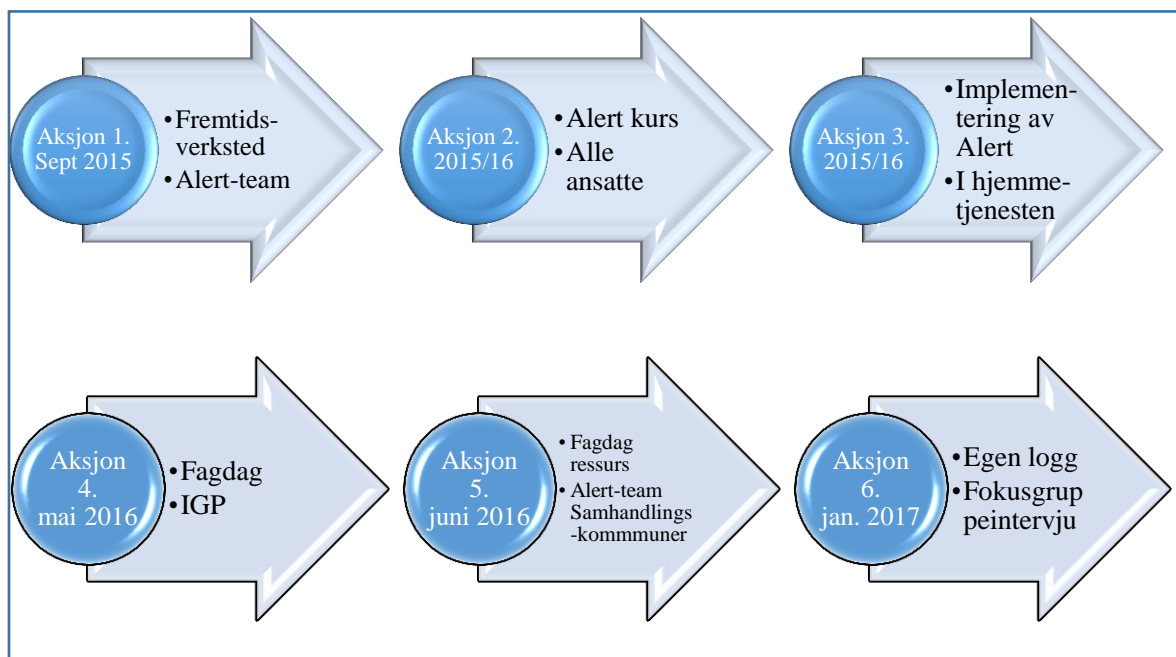
Hver enkelt informant ble informert om studien muntlig og skriftlig, og de underskrev samtykkeerklæring. Den enkeltes deltagers integritet ble ivaretatt og anonymisert, i tillegg fikk de opplysning om at de når som helst kunne velge å trekke seg fra studien.

4.0. Presentasjon av aksjoner med innsamlet data og refleksjoner av resultater.

Jeg har valgt å dele presentasjon av gjennomføringen inn i ulike aksjoner. Prosessen i forskningsarbeidet blir presentert i den rekkefølgen som aksjonene er nummerert i. For hver aksjon blir det referert til planlegging, hensikt, gjennomføring, respons og refleksjon. Det blir henvist til observasjoner, sitater og utsagn underveis i avsnittene. Det vil i refleksjonsavsnittene følge en betraktning av de dataene som er samlet inn. Dette vil i drøftingskapittelet bli vurdert ut fra et teoretisk og didaktisk perspektiv. Som leder og forsker, har det vært viktig å jobbe sammen med personalet i en demokratisk prosess. Hvordan dataene har blitt brukt til refleksjon, både over egen innsats i arbeidet med kompetanseutvikling i hjemmebaserte tjenester, som leder og sammen med mine kollegaer, har vært viktig å belyse. Blant annet for å vise hvordan refleksjonene har blitt brukt i videre planlegging av forskningsarbeidet. Ut fra disse resultatene har målene for neste aksjon blitt vurdert og planlagt, i hovedsak av meg som forsker.

Dette forskningsarbeidet er utarbeidet over flere aksjoner over tid. Jeg har valgt å trekke ut det som har vært mest interessant for min problemstilling. I starten av forskningen ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med fremtidsverksted som metode, sammen med kursholdere for Alert på lokal legevakt med sykepleiere og lege. Det ble det gjennomført felles kurs for alle ansatte, utstyr ble handlet inn og vi startet med å implementere Alert som et arbeidsverktøy i hjemmebaserte tjenester. Deretter gjennomførte vi faglunsjer med case-trening, samt innlevering av logg etter reelle situasjoner der de ansatte benyttet seg av Alert-prinsippene for å gjøre vurderinger og tiltak rett helsehjelp. Personlig logg ble skrevet etter fokusgruppeintervju av annen masterstudent med sykepleiere i kommunen. Egne refleksjoner etter hver aksjon, har forsøkt å bli synliggjort etter hver presentasjon.

Figur 4: Gjennomførte aksjoner



Figur 4 er laget av May Brith Korgerud, 2017. Illustrasjon av de ulike aksjonene som er gjennomført i dette FoU-prosjektet.

Det ble brukt i overkant av 18 måneder på denne forskningen. Det var viktig å ha tid nok til at vi i hjemmetjenesten skulle få til å implementere Alert-prinsippene inn i arbeidshverdagens rutiner. Etter noen måneders arbeid samlet vi alle de ansatte til en fagdag, der vi sammen jobbet aktiv med å evaluere arbeidet og å jobbe med veien videre. Hva skulle vi gjøre for å fortsette utviklingen. Her fikk jeg en indikasjon på hvordan de ansatte mente opplæringen hadde vært og hva de hadde tenkt i ulike situasjoner, og hva de ønsket for veien videre.

4.1. Introduksjon av aksjon 1. Fremtidsverksted med Alert- team

Aksjonen 1. var oppstarten av dette FoU-prosjektet og ble gjennomført i september 2015. Målet var å innhente opplysninger og utvikle en førforståelse av arbeidet med Alert-implementering i kommunene. Jeg bestemte meg for å gjennomføre et intervju med noen sentrale personer innen dette arbeidet. Jeg tenkte dette ville bidra til å vinkle prosjektet mitt og at jeg ville få noen retningslinjer å arbeide videre med. Jeg valgte å benytte et intervju med fremtidsverksted som innfallsvinkel, med en form for SØT-modell. Dette for å være mest mulig åpen i informasjonsinnhenting.

I planleggingen av dette intervjuet startet jeg med å sende en forespørsel til enhetsleder for interkommunale tjenester, om muligheten for å gjennomføre et intervju med fremtidsverksted-tilnærming, med Alert-teamet ved den interkommunale legevakten. Dette gjorde jeg for å

informere ledelsen og ha med meg deres aksept og forståelse for dette arbeidet. Ganske raskt fikk jeg mail fra lederen av Alert-team at de ønsket meg på besøk for intervju, og allerede uken etter avtalte vi tidspunkt for intervju. Jeg sendte ut informasjonsskriv om masterstudiet og om mitt nåværende prosjekt, samt samtykkeskjemaer til underskriving.

4.1.1. Hensikten med fremtidsverksted med Alert-team

Hovedhensikten med fremtidsverksted var å kartlegge det reelle behovet for videre kompetanseutvikling av fagarbeiderne i omsorgsområde hjemmebaserte tjenester.

Hovedspørsmålene jeg hadde var: *Hvordan oppleves det at kommunens fagarbeidere jobber i dag? Hvordan er drømmesituasjonen, utopi, og hva kan vi gjøre for å nå dette målet?*

Målet med Alert var blant annet å få fagarbeiderne til å jobbe pro-aktivt i forhold til pasientenes sykdomsbilde, hindre sykehusinnleggelses og få til en bedre samhandling om pasientene i kommunehelsetjenesten. Gjennom dette prosjektet ønsket jeg både å videreutvikle samarbeidet innad i helsetjenestene, samt og aktivt arbeide med å øke fagkompetansen innen Alert- arbeid både for fagarbeiderne, de profesjonsutdannede og for meg som leder. I oppstarten av dette FoU- arbeidet var det viktig for meg å få frem de ansatte i Alert-teamet sine opplevelser og meninger. For å oppnå denne intensjonen mente jeg at fremtidsverksted med SØT modell kunne være en egnet metode. Hensikten med å benytte fremtidsverksted var å sette fokuset på hvordan de som aktivt arbeider med implementeringen av Alert i kommunehelsetjenesten opplever arbeidet. Hva fungerer bra og hva bør det arbeides mere med, for å få til et vellykket resultat. Hvordan ønskes det at de ulike behandlingsinstansene i kommunehelsetjenesten arbeider med implementeringen, og hvordan skal vi få dette til, var noen spørsmål jeg ønsket å få svar på.

4.1.2. Gjennomføring med respons av fremtidsverksted med Alert-team

Tirsdag 30.09.15 gjennomførte jeg intervju med fremtidsverksted og SØT-modell som fremgangsmetode. Tilstede var leder for Alert-team, som er sykepleier med spesialutdanning, lege og spesialsykepleier. Alle som arbeider i Alert-team er ansatt ved interkommunal legevaktstjeneste. Fremtidsverkstedet fant sted i lokalene ved aktuelle legevakt, og hadde en varighet på 2,5 time. Jeg informerte deltagerne om min utdanning, min stilling og mitt forskningsarbeid i yrkes- pedagogisk utdanning. Vi startet med å prate som en type fokusintervju om oppbyggingen rundt Alert. Hvor lenge dette arbeidet hadde foregått, og med hvilke metoder de arbeidet for å få til implementeringen. De fortalte også om samarbeidet

med de ulike samarbeids-kommunene, noe som viste seg å være variabelt. Jeg benyttet SØT-modell som fremgangsmetode for fremtidsverkstedet. Siden det var få deltagere med, diskuterte vi alle punktene som kom opp i stedet for å ha utvelgelse, slik man ofte gjør med større forsamlinger

Jeg startet fremtidsverkstedet med SØT-modell som innfallsvinkel, **kritikkfasen** hadde følgende spørsmål:

1. I vår tjeneste fungerer samarbeidet rundt Alert.....

Her ville jeg forsøke å få frem nåtid. Hvordan opplever de som jobber aktivt på legevakta og samtidig med Alert- opplæring at dette fungerer i dag?

Her fikk Alert-teamet mulighet til å fremme sine synspunkter om opplevelser om dagens situasjon. Hvilke opplevelser de hadde som de mente ikke fungerte så bra i samhandlingen mellom de ulike helsetjenestene. I denne fasen ble det utvekslet erfaringer og kommunikasjonen fløt lett. De var engasjerte og ivrige og skrev ned de punktene de var mindre fornøyde med. Som forsker var jeg ikke delaktig i denne prosessen, men jeg satt ved siden og fulgte med på hva som ble sagt og gjort. I denne fasen kom det frem flere elementer de mente var kritikkverdig og som de ønsket endring på

Da vi hadde arbeidet oss gjennom kritikk-fasen gikk vi over til **utopifasen**. Utopi kan her tolkes som et idealsamfunn (Store norske leksikon, 2014). Her skulle deltagerne i Alert-teamet komme med forslag til hvordan vi kunne oppnå en optimal kompetanseutvikling og samhandling, uten å tenke på begrensninger - en drømmesituasjon:

2. Når vi får dette til å virke optimalt skal Alert virke slik.....

Her ønsket jeg å få frem alle drømmer der Alert virkelig hadde fungert perfekt, helt til det utopiske, hvordan ville det da oppleves. Kommunikasjonen fløt fortsatt lett. Men det opplevdes nok noe utfordrende å slippe seg løs i ønskene. Ønskene som etter hvert ble skrevet ned var for det meste ønsker jeg ikke forbandt med utopi. Men etter hvert løsnet det, og da kom det flere ønsker ned på papiret. Det var viktige synspunkter som kom frem under utopifasen. Det viste seg at handlinger som jeg i utgangspunktet hadde tenkt å ta fatt å jobbe med i dette prosjektet, mente Alert-teamet var utopi. Da deltagerne mente de hadde fått ned de punktene i utopi-fasen som de ville, gikk vi videre til **virkeliggjøringsfasen**. Her skulle deltagerne komme med reelle forslag for hvordan vi kunne arbeide videre, for å få til

gjennomføringen av samhandlingsprosesser og implementere arbeidsverktøyet Alert. Neste spørsmål var:

3. Samarbeidet rundt Alert kan forbedres vet at.....

Noen av tiltakene Alert-teamet skrev ned for å tilstrebe at Alert i helsetjenestene bør fungere var blant annet, «*At alle bruker Alert i vurdering av pasienter*» Det kom også frem at man måtte tilstrebe å ha gode rutiner og prosedyrer på tvers av avdelinger og soner. Videre kom det også et forslag om at avdelingene i kommunehelsetjenesten jevnlig kunne ta i bruk case-trening. Kartlegging av de ansattes kunnskapsnivå mente også Alert-teamet var en viktig arbeidsoppgave.

Jeg opplevde at deltagerne i fremtidsverkstedet var svært engasjerte og interesserte i emnet og i diskusjoner underveis. Alle opplevdes å være like delaktige og de kom med mange gode innspill. Etter endt intervju ble vi enige om å fortsette å holde kontakten videre for å dele informasjon og ha en dialog rundt resultater underveis i arbeidet.

4.1.3. Refleksjon etter gjennomført aksjon med Alert-team, fremtidsverksted med SØT modell som fremgangsmetode?

Målet med dette fremtidsverkstedet var å få frem erfaringene personalet i Alert-team ved legevakt hadde tilegnet seg, i sin samhandling med fagarbeidere og sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Jeg ønsket råd og veiledning for hva jeg som leder kunne bidra med inn i implementerings-arbeidet av arbeidsverktøyet Alert. Formålet var blant annet å kunne videreutvikle samarbeidet innad i kommunehelsetjenesten, samtidig som jeg aktivt skulle jobbe med kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester, hvor jeg var leder. Ved å benytte fremtidsverksted som metode, håpet jeg å kunne skape gode relasjoner mellom Alert-team og hjemmebaserte tjenester og for meg som forsker. For å kunne nå disse målene i dette FoU- prosjektet, mente jeg det var viktig at å kunne få førstehånds informasjon som jeg håpet å tilegne meg ved å la legevaktens Alert-team uttale seg. Med fremtidsverksted, ville jeg identifisere kunnskap om samhandlingens behov i vår kommune, med tanke på å utvikle nye aksjoner for å kunne utvikle dette arbeidet.

Jeg var spent før gjennomførelsen av denne aksjonen. Ville deltagerne synes at dette var et interessant og nyttig arbeid, eller ville de tenke at jeg opptok tiden deres. Ville de oppleve metoden som nyttig og engasjerende, eller var det noe de tenkte de *måtte* være med på? Dette ble interessante tanker som det var viktig å få svar på. Det viste seg at deltagerne var svært

engasjert i temaet og derfor ga de uttrykk for både takknemlighet og glede for at jeg engasjerte meg i prosjektet, fra hjemmebaserte tjenester sin side. Aktørene var ivrige og deltagende i prosessene. Jeg fikk flere gode resultater og mer nyttig informasjon enn jeg hadde turt å håpe på, jeg fikk mange gode ideer både til den videre forskningen og for nye aksjoner.

Det var kun tre deltagere med på dette fremtidsverkstedet og i utgangspunktet tenkte jeg at dette var for få deltagere til at undersøkelsen kunne være valid. Men jeg fikk mer informasjon enn jeg torde å håpe på, samt at mange gode tanker kom frem. I ettertid ser jeg at flere deltagere kunne føre til at denne aksjonen hadde blitt for stor å håndtere så tidlig i prosjektet. Fordelen med denne gruppen, var at de kjente til ulike metoder i kvalitativ forskning. De kjente til konseptet fremtidsverksted og SØT-modellen. På denne måten trengte jeg ikke å bruke mye tid på å forklare metodene og bakgrunnen for forskningsarbeid. Resultatene som kom frem gjennom denne aksjonen var så mange og så gode, at de har skapt grunnlaget for hele prosjektet. Relasjoner ble skapt, og jeg har gjennom hele prosjektets arbeid, hatt kontakt med Alert-team. Jeg har fått støtte og oppmuntring og hatt gode diskusjoner underveis.

4.1.4. Resultat og veien videre

Etter endt fokusgruppeintervju satt jeg igjen med gode svar og sitater som jeg kunne benytte til veien videre (Se vedlegg nr. 3). Det kom opp flere konkrete ønsker for tiltak, som det var viktig å ta fatt i. I kritikkfasen kom det frem flere elementer som deltagerne i Alert-team mente var mangelfullt. Mye av kritikken gikk ut på selverfarte opplevelser fra deres legevakts- arbeid, der de mottar mange henvendelser fra fagarbeidere og sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Det kom frem at legevaktens personell mente mange av fagarbeiderne i kommunehelsetjenesten manglet kunnskap om hvordan man tolker målinger som blir utført på pasientene. Altså at personalet til en hvis grad tok målinger av pasientene da dette var nødvendig, men de visste ikke hvordan de skulle tolke resultatene og hvordan de skulle videreformidle viktige opplysninger til annet helsepersonell.

Videre formidlet de at de opplevde at pasientbehandlingen i kommunehelsetjenesten er styrt etter vedtak fra tildelingskontorene, noe som er utarbeidet etter den nye modellen i samhandlingsreformen. Dermed ble tiltak som å ta kontinuerlig målinger av pasientene ikke en tjeneste som tilhører for eksempel hjemmebaserte tjenester, men hos fastlegene. Dette mente de bidrar til at nødvendig informasjon om pasientene blir mangelfull for fagarbeiderne.

Det finnes dessverre ikke felles elektronisk dokumentasjonsverktøy for kommunehelsetjenestens tjenester og fastlegene som går ut på å se målinger og blodprøvestatus, selv om fastlegene hører inn under kommuneoverlegens ansvar. Dermed vil ikke normalmålinger foreligge, spesielt ikke i hjemmebaserte tjenester, og de vil heller ikke være fulgt opp på en ønskelig måte fra Alert-teamets ståsted. Dette ble dermed også et element som måtte tas hensyn til i aksjon to. Hvordan kunne vi løse dette?

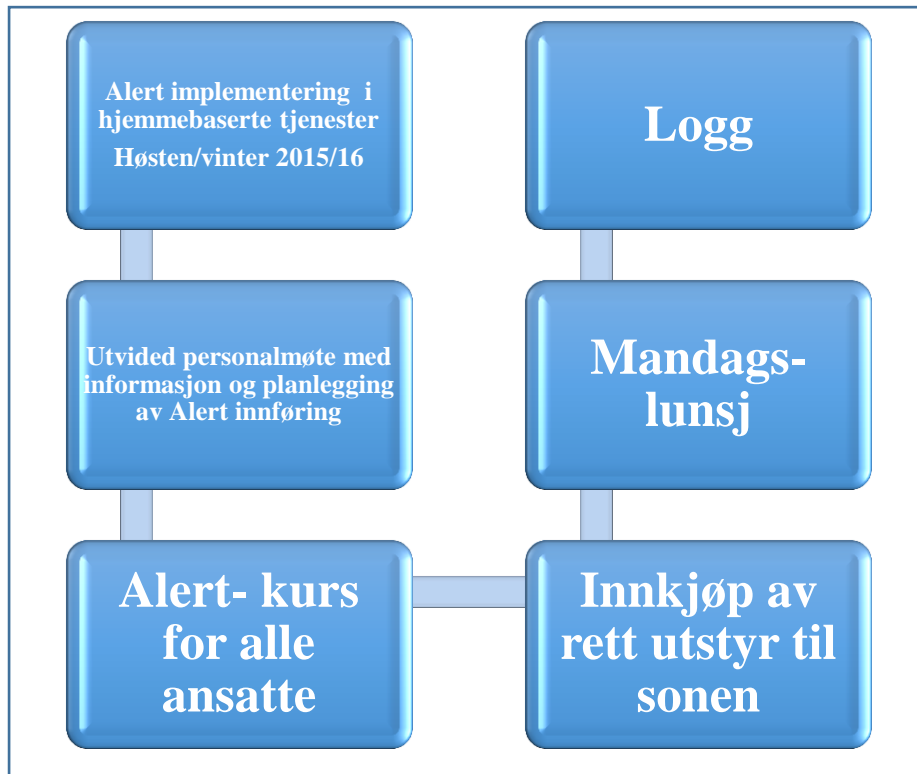
Videre kommer det frem opplevelser om at fagarbeiderne ringer inn og sier de ikke har fått tatt målinger fordi de mangler sykepleier. Her er det viktig å lære opp alle fagarbeidere til å ta målinger objektive og subjektive, samt å stole på egne vurderinger. Dette er et stort og viktig tiltak i veien videre. Disse resultatene førte til innhold i aksjon to, som dermed blir fordelt på flere emner, siden flere ulike behov meldte seg etter aksjon en. Det ble viktig å få til aksjoner slik at fagarbeiderne fikk økt kunnskap om emnet. På denne måten kunne jeg starte på en ny spiral og ny aksjon.

4.2. Introduksjon av aksjon 2: Kompetanseutvikling og implementering av arbeidsverktøyet Alert i hjemmetjenesten

Aksjon to omhandler implementering av arbeidsverktøyet Alert og kompetanseutvikling for fagarbeidere i hjemmebaserte tjenester. Denne aksjonen kom frem etter resultat og analyse av aksjon en der helsepersonell fra legevakt og Alert-team uttalte seg om mangler og ønsker for videre arbeid med implementering av arbeidsverktøyet Alert i kommunehelsetjenesten.

I kapittel 4.2 vil jeg presentere ulike tiltak som er utført for å kunne få til dette. Jeg har også reflektert rundt disse tiltakene. Jeg har valgt å dele dette kapitlet inn i underkapitler, da denne aksjonen omhandler flere tiltak, som hver for seg er presentert. Dette håpet jeg skulle gi svar på resultater for problemstillingen.

Figur 5: Aktivitetsplan for implementering av Alert i hjemmebaserte tjenester.



I figur 5. som er laget av May Brith B. Korgerud, presenteres en illustrasjon av aktivitetene i Aksjon 2

4.2.1. Planlegging av tiltak for kompetanseutvikling og implementering av Alert.

Planleggingen av disse aksjonene vises gjennom å anvende deler av den didaktiske relasjonsmodellen. Fagarbeidernes læreforutsetninger, rammefaktorer, mål og gjennomføring er beskrevet i denne aksjonen. Det har vært viktig for meg å vektlegge organisasjonsutvikling med demokratiske prosesser i implementeringen.

For å gjennomføre denne aksjonen presenterte jeg i november 2015 de ulike planene for implementering av Alert for de ansatte på et personalmøte. Med store og små stillinger er det 44 personer som tilhører dette arbeidsstedet. På personalmøtet møtte det opp 38 personer.

I forkant av personalmøte hadde fleste av personalet vært på Alert-kurs, da denne prosessen allerede var startet våren 2015, men det var nå viktig at de som ikke hadde vært på kurs fikk fullført dette i nær tid. Jeg forutså at fagarbeidernes læreforutsetninger var gode, da de er utdannet sykepleiere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere og har praksiserfaring.

For de som hadde fullført kurs var ny kunnskap tilegnet, men de hadde behov for å bli motiverte for at læringstrykket ble holdt oppe. Rammefaktorene for de fleste av tiltakene, var

reelle pasientsituasjoner, både ute i hjemme-tjenesten og i de integrerte omsorgsboligene. Målet var at dette arbeidet skulle bli implementert for varig endring.

4.2.2. Presentasjon av Alert- kurs

Alert – teamet ved den interkommunale legevakten ble opprettet i januar 2015. De startet med å holde seks timers kurs for alle fagutdannede ansatte i de seks samarbeidskommunene i februar samme år (Se vedlegg 4). Da jeg startet som avdelingsleder høsten 2015, sørget jeg for at de ansatte som ikke hadde vært på kurs fikk gjennomført dette innen januar 2016. For å kunne implementere dette arbeidet var det viktig at alle fikk samme kunnskap og holdning til konseptet.

Når vi ser tilbake på teorien om yrkeskunnskap og kompetanseutvikling, kan vi lese om nødvendighet av å tilegne påstandskunnskap- den teoretiske kunnskapen før man går over til selve utøvelsen- fortrolighetskunnskapen. For å kunne komme i gang med kompetanseutvikling og implementering av arbeidsverktøyet Alert var det nødvendig at de ansatte fikk nødvendig kunnskap om emnet.

Alle medarbeiderne ble påmeldt Alert-kurs. Videre la vi en strategi for hva vi kunne gjøre for å implementere dette i vår enhet. Denne form for arbeidsmetode har vært i mitt interessefelt som sykepleier og lærer i flere år, dermed ble det nærliggende at et slikt arbeid skulle vies mye oppmerksomhet fra meg som forsker og leder.

4.2.3. Refleksjon etter Alert-kurs

Inntrykket mitt var at fagarbeidere og sykepleiere ble motiverte og fikk en ny giv, etter Alert-kurs som ble holdt av lege og sykepleier. Det at det ble jobbet på tvers av profesjoner vil jeg hevde førte til at mange forsto hvor viktig det aktuelle arbeidet var, og ble dermed en inspirasjon for videre arbeid. For noen var kurset mest som en repetisjon av tidligere kunnskap med en påminnelse om faglige problemstillinger, mens for andre kunne kurset være teoretisk vanskelig og de syns det lå noe over deres kompetansenivå. Men fordi kurset var delt inn i tre timer teori og tre timer praktisk øvelse med case-trening, fikk fagarbeiderne allikevel et godt innblikk og forståelse for arbeidet. Det at alle yrkesgrupper ble tatt med på kurs som ble holdt av lege og sykepleier, mener jeg gjorde at fagarbeiderne følte seg betydningsfulle, og at de med dette ble tatt med inn i endringsprosesser. Det var viktig at hver og en ble sett og at de fikk en påminnelse om hvor viktig arbeidet og yrkeskunnskapen deres var. Av dette lærte jeg at involvering og ikke minst inspirerende metoder og kursholdere var av stor betydning. Jeg forsto at det er utfordrende å finne et opplegg som tilfredsstillende så mange

mennesker, som det er ansatt i en helsetjeneste. Men for å motivere og holde fokuset opp på endringsprosesser og implementering av nye arbeidsrutiner, måtte jeg tenke strategi i forhold til metodikk i de videre aksjonene.

4.2.4. Riktig utstyr – Alert sekk

Etter gjennomført fremtidsverkstedet med Alert- team kom det frem at riktig utstyr (Se beskrivelse i vedlegg 7) var viktig for å kunne implementere utøvelsen av Alert i sonen. De strakk seg så langt at de mente det var utopi at helsetjenestene alltid hadde rett utstyr tilgjengelig. Det vil si som beskrevet som et minimum i Alert-sekk. Dette burde ikke være et punkt for utopi, men et realistisk mål å strekke seg mot. Dermed innhentet jeg prisinformasjon om Alert-sekker. Dette er sekker med utstyr som: blodtrykksapparat, pulsoksymeter, øretermometer, blodsukkerapparat, målebånd, urin-stiks, saks, plaster, bandasje, MEWS-kort, batteri og lommelykt. Sekkene kostet 1700 kr pr stk. Jeg spurte min leder i kommunen om innkjøp av slike sekker, siden vi er flere avdelinger i min enhet. Jeg fikk lov til å handle inn *en* sekk. Dette mente vi var for lite, og sendte ut brev til frivillige organisasjoner om økonomisk støtte til innkjøp av Alert- sekker. Vi fikk pengegaver til å kjøpe fire sekker. Dermed bestilte jeg fem sekker. Sekkene ble plassert på kontorene, slik at de er lett tilgjengelige for all personell. Utstyret i sekkene er enkle i bruk, vi har hatt seksjoner med øving av utstyr, slik at alle kan benytte det.

På Alert-kurs fikk alle fagarbeiderne utlevert et Mews- kort, som vist i vedlegg 2, som brukes for analyse av resultater etter målinger hos pasientene. Dette kortet viser et skjema for hva man skal utføre av tiltak etter en score. Resultatet vil vise om man skal kontakte lege eller om man kan avvente for å ta nye målinger, og hvor lenge man kan vente til neste måling.

Vi skrev også ut MEWS skjemaer, som man ofte benytter i sykehus. På dette skjemaet skriver man inn målinger i en kurve, slik at man kan følge med på pasientenes utvikling. Vi har forsøkt å lage et slikt skjema for alle pasientene i sonen for på denne måten å følge med på hva som er normalmålinger for hver enkelt pasient. Det tilstrebes å legge dette skjema inn i det elektroniske dokumentasjonssystemet som benyttes i kommunen.

4.2.3.1. Refleksjon etter oppstart av bruk av Alert-sekker

Etter vi fikk pengegaver av frivillige organisasjoner resulterte det i at vi fikk fem Alert sekker inn i vår enhet. Å få rett utstyr på plass, som er tilgjengelig for alle burde være et minimumskrav for alle enheter i omsorgstjenesten. Det har vært en jobb å få tatt alle

normalmålinger av pasientene. En grunn til dette er at fagarbeiderne ikke har vært vant til å utføre disse målingene i sitt daglige arbeid og at det derfor tar mye tid å utføre. Det har også vist seg at flere av fagarbeiderne gjerne har villet gjennomføre dette to og to, for å kunne dobbelt- kontrollere hverandre. Her vises det at fagarbeiderne har tatt arbeidet seriøst, at de har villet gjennomføre en god jobb og at de støtter hverandre i arbeidet. Det å få alle til å bli trygge på å bruke utstyret har vært en prosess over tid. Men det har vært en viktig prosess. Nå vet jeg at mange av de ansatte i enheten er tryggere på å bruke utstyret i Alert-sekkene. De vet hvor de finner det, og de er trygge på at det er deres oppgave som fagarbeidere å gjøre disse målingene, uten å måtte være avhengig av en sykepleier.

Etter en tids utprøving har det kommet frem at bruk av øretermometerne har vært en utfordring. Fagarbeiderne mente at disse ikke målte tilfredsstillende, og tok opp dette som et problem på faglunsj. Vi bestemte oss derfor å bestille rompetermometere som fagarbeiderne mente ville måle mer korrekt temperatur. Dette viser at fagarbeiderne tar ansvar og initiativ til at arbeidet blir utført mest mulig korrekt.

Som leder vet jeg at jeg må tilrettelegge for at det er rett utstyr på arbeidsplassen. Det er også min oppgave at de ansatte får både rett og kontinuerlig opplæring i bruken av dette. Det har vært artig og jobbe med dette, men det er også en utfordring i en hektisk hverdag å finne tid og å huske på at dette arbeidet må gjøres.

4.2.5. Presentasjon av mandagslunsj med case-trening

Etter fokusgruppeintervju med Alert-team på legevakt, ble et av målene å få hver helsetjeneste til å øve på case med bruk av MEWS-score og ISBAR kommunikasjonsverktøy. Etter dette fikk vi en ide om å gjennomføre case-lunsjer på hjemmetjenesten jeg forsket i. I planleggingsfasen av *mandagslunsj* hadde jeg hatt flere møter med sykepleierne i tjenesten, med tanke på hvordan vi skulle gjennomføre denne aksjonen. Vi ventet med oppstart av mandagslunsjen til alle ansatte med fagutdanning hadde gjennomført Alert-kurs. Det ble enighet om at vi skulle ha møte i lunsjtid for å få med flest mulig av personalet for felles arbeid mot Alert-implementering. Mandag tenkte vi var en god dag, for da var det ofte to sykepleiere på jobb. Ofte holdes faglige møter på onsdager, men fordi vi allerede gjennomfører faglunsj på onsdager, måtte vi velge en annen dag, og mandager ble valgt. Men på grunn av mye møtevirksomhet og annet arbeid blir også noen caser tatt opp i faglunsjer på onsdager, når vi ikke har mulighet til å gjennomføre mandagslunsj.

4.2.6. Hensikt med caselunsj

Hensikten med case-lunsj var for å bevisstgjøre personalet på arbeidet med Alert i vår sone, samt at de ansatte skulle få jevnlig trening og mulighet for refleksjon. Det var et tydelig krav fra Alert- team at vi gjennomførte «*Jevnlig bruk av case-trening i avdelingene/sonene*». Og «*å kartlegge de ansattes kunnskapsnivå*», dette var leders ansvar. Under case-lunsj kunne vi øve på praktiske prosedyrer som å ta blodtrykk, telle respirasjonsfrekvens og telle puls. Målet var at dette skulle være med på å øve opp ferdighetskunnskapen til hver og en fagarbeider. Støten (2009) skriver at gjennom gjentatte øvelser blir fagarbeiderne trygg på prosedyrene og ferdighetene og de vil med dette bli automatisert (Støten, 2009). For å utvikle kompetanseutvikling skriver Hiim & Hippe, (2010) at refleksjoner rundt arbeidet er nødvendig (Hiim & Hippe, 2009).

Jeg håpet at ved å gjennomføre case-lunsj satte det i gang en bevisstgjøring av arbeidsoppgaver og at vi med dette opplevde å ha en øvingsarena. Her skulle det i tillegg til å bli kjent med utstyr og øve seg på å ta målinger, være mulighet for å reflektere over hendelser der Alert hadde blitt benyttet i avdelingen. Man kunne også finne mulige kandidater og situasjoner der man kunne både øve på målinger, lese og tolke disse. «*Hovedhensikten er å lære av hverandre gjennom felles refleksjon over erfaring*» (Hiim, 2010).

4.2.7. Gjennomføring av case-lunsj

Lunsjen avholdes mellom 12:00-13:00. Vi har ofte startet opp med konkrete og aktuelle pasientsituasjoner. Vi har gått gjennom pasientanamnese og hvilke tiltak som ble iverksatt i gitt situasjon, hvorfor tiltak ble iverksatt og hvilke ble ikke utført og hvorfor. Det skulle da drøftes hvorfor noen ting ble gjort og årsaker til at noe ikke ble utført etter prosedyre. Under disse lunsjene hvor vi ofte benyttet case fra avdelingen måtte personalet ta målinger av hverandre. Noen ganger fikk de resultater av meg i casen, så måtte de vurdere målingene opp mot MEWS-score for å finne ut videre tiltak. Vi gikk gjennom ulike vurderinger og tiltak, samt hvordan samtaler med andre instanser som tilhører samarbeidsreformen skulle utføres etter ISBAR- metoden.

I forkant av første lunsjmøte ble en pasient hentet av sykebil for vurdering av sykehusinnleggelse av fastlege, vi hadde dermed en god case å ta i bruk. Jeg startet med å be de aktuelle pleierne fortelle om hendelsesforløpet og hva de hadde foretatt av tiltak og målinger. Det kom frem at de kun hadde tatt temperatur denne dagen og at sykepleier hadde

kommet og tatt en infeksjonsprøve (CRP). Pasienten hadde økt temperatur og forhøyet CRP, derfor ble lege kontaktet og sykebil bestilt. Fordi personalet kjente pasienten godt, visste de at disse funnene ofte førte til sykehusinnleggelse med en diagnose denne personen hadde hatt ved gjentatte sykehusinnleggelser. Jeg spurte videre om hvorfor de ikke hadde tatt målinger etter prosedyre. Da kom det frem at disse målingene var tatt kvelden før og de dermed hadde benyttet disse resultatene ved henvendelse til lege og ambulanse.

Etter denne hendelsen gikk vi gjennom prosedyrene, *hva* som skal gjøres i hvilke situasjon, *hvordan* dette gjøres og *hvorfor* det er viktig å gjøre det med metoden vi har blitt kurset i fra Alert-teamet. Dette er et eksempel på arbeidsmetoder vi har benyttet i disse lunsjene.

4.2.8. Refleksjon etter mandagslunsj

Mine tolkninger etter gjennomføring av mandagslunsj, er at personalet viser engasjement og motivasjon for å møte opp på denne lunsjen. Det kan være opp til 10 personer på disse lunsjene og jeg opplever at personalet har blitt tryggere på seg selv gjennom lunsjene. I oppstarten av case- lunsj, var det for eksempel bare to stykker som tok initiativ til å løse case og ta målinger av hverandre. Etterhvert ble flere delaktige, og diskusjonene går lettere rundt bordet. Men fortsatt opplever jeg at det er noe personavhengig. Jeg har erfart at mange av fagarbeiderne synes «rollespill» er skummelt, og de trekker seg unna når jeg forsøker denne metoden. Da blir det ofte sykepleierne som må ta ansvar. Derfor har case- løsninger ofte blitt muntlig diskusjoner og felles refleksjoner.

Etter historien som kom frem i 4.2.7, viste det tydelig hvorfor det var viktig å holde et høyt faglig trykk på personalet, og hvorfor det var nødvendig å ha samlinger for å holde motivasjonen oppe for dette arbeidet. Alle ansatte med faglig utdanning har vært på kurs i Alert, og implementering burde være en selvfølge. Det viste seg at arbeidet med implementeringen måtte intensiveres for at dette skulle bli en del av de daglige rutinene i tjenesten. Sykepleierne har blitt flinkere til både motivere og be fagarbeiderne om å gjøre arbeidsoppgaver som er rettet mot Alert implementeringen, men også med sykepleierne måtte vi ha samtaler og videre motivering, for å følge rutinene. Gjennom dette har jeg lært at som leder, både for tjenesten og for dette prosjektet, har det vært viktig å være på Alert'n. Jeg måtte ikke tro eller anta, at fordi personalet hadde vært på kurs, og vi hadde tatt tema opp til diskusjon, var ikke implementeringsarbeidet ferdig. Dette krevde tid, og langsiktige og godt planlagte prosesser, forsto jeg. Et annet element som jeg opplevde at vanskeliggjorde prosessen var at i vår tjeneste jobber vi turnus 24/7. noen jobber bare kveld, noen bare natt.

Hvordan skulle jeg kunne nå dette personalet med case-lunsj? Her måtte jeg forsøke å finne en løsning.

Utover i året har vi måttet veksle mellom å ha lunsj på mandager og onsdager. Vi har faglunsj hver onsdag, og noen av disse onsdagen har vi benyttet til å dra inn hendelser/caser som omhandler Alert og samhandlingen med de ulike instansene i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Årsaken til at vi har måttet veksle på lunsjtidspunkt er fordi jeg ofte er på møter eller andre gjøremål, utenfor egen sone, og at sykepleierne ofte har et presset program på mandager fordi det er første virkedag etter helg. Etter hvert som implementering har blitt innarbeidet, har også casene kommet lettere opp, og det har gått raskere å gå gjennom de ulike situasjonene.

4.2.9. Logg

13.01.16 presenterte jeg logg og loggføring for fagarbeiderne på personalmøte. Jeg forklarte hva logg er og hvorfor jeg ønsket at denne skulle benyttes i arbeidet med Alert-implementeringen. I presentasjonen la jeg frem to hendelser fra praksis, som kunne være eksempler på loggføring. Her la jeg frem caser der kunnskapen fra Alert- undervisningen ikke ble tatt i bruk og hvilke resultat dette medførte.

4.2.10. Hensikten med å innføre logg

I opplæring, veiledning og utviklingsarbeid kan logg være et av hovedverktøyene i læringen. I dette FoU- prosjektet var hensikten med å levere logg at fagarbeiderne reflekterte over arbeidet de foretok seg, da det var nødvendig å benytte Alert som arbeidsverktøy. Logg skulle benyttes for å samle observasjoner, sette ord på tanker, ettertanker, opplevelser og refleksjoner rundt disse.

4.2.11. Logg fra fagarbeiderne

Det er mange måter å skrive logg på. Jeg fikk ideen til denne loggen (vedlegg nr. 5) gjennom å lese om prosjektet hjerte, hode, hender av Amble & Gjerberg (2009). Jeg mottok flere logger fra fagarbeiderne etter dette personalmøtet. Loggene skulle skrives etter at fagarbeideren hadde opplevd hendelser i praksis, der de tok i bruk arbeidsverktøyet Alert og dro nytte av kunnskapen de hadde tilegnet seg på Alert-kurs. De skulle blant annet beskrive hendelse, hva slags situasjon det var, hensikt med arbeidsoppgaven, sin og andres rolle i situasjonen. Hva skulle gjøres, egne refleksjoner, hva hendte, hvordan taklet du situasjonen og hvorfor valgte du å gjøre det med denne metoden, samt forslag til forbedring.

4.2.12. Refleksjon etter innføring av logg for fagarbeiderne

For meg i var det ikke antallet logger som var med på å gi meg svar på min problemstilling, men å få gå i dybden av implementeringsarbeidet som foregikk, og å få en pekepinn på opplevelsen av situasjonene som oppsto (Dalland, 2007). Det var ikke mange logger som ble skrevet. De loggene jeg fikk var preget av å være etter «vellykkede» opplevelser. Det kunne virke som at fagarbeiderne var redde for å levere logg etter hendelser som ikke gikk som de skulle i redsel for å skuffe meg. En annen refleksjon var at på denne tiden var vi inne i en god periode i forhold til implementeringsarbeidet og det viste seg at arbeidet var inne i en god flyt.

4.2.13. Refleksjon og veien videre etter gjennomføring av tiltak for Alert implementering

Disse aksjonene har vært nødvendig og viktige for å få til implementering av arbeidsverktøyet Alert. For å få til dette måtte fagarbeiderne ha nødvendig kunnskap, det fikk de på kurs av svært inspirerende og motiverende kursholdere. Neste skritt var å implementere iverksettelse inn i avdelingen. God informasjon og medbestemmelsesrett for tiltak var viktig. Å få rett utstyr på plass var nødvendig. I et allerede stramt kommunebudsjett var det en utfordring, men med gode relasjoner til frivillige organisasjoner fikk vi til slutt utstyr på plass. På denne måten kunne vi ta i bruk disse verktøyene, relativt raskt i prosessen. Case-lunsjene har opplevdes spennende og det har blitt gode diskusjoner, men utfordringen har vært at jeg som leder er mye ute av avdelingen og de gangene jeg ikke har vært tilstede på arbeidsplassen, har ikke case-lunsj blitt gjennomført. Dette er viktig å ta tak i for videre implementeringsarbeid.

Å få de ansatte til å skrive logg i en ellers travel arbeidshverdag har vært utfordrende. De loggene jeg har fått inn, har vært preget av konkrete hendelser og inneholdt få hindringer og lite refleksjon. Men konklusjonen etter å ha lest logger har allikevel vist at de ansatte utøver prinsippene med Alert godt, de samarbeider ofte, og har opplysningene klare da de ringer sykepleier eller legevakt.

Etter å ha fått på plass kunnskap, innkjøp av utstyr og tatt i bruk arbeidsverktøyet Alert i hjemmebaserte tjenester ville jeg arrangere en fagdag for alle ansatte. På dette tidspunktet mente jeg det var viktig at vi stoppet opp og aktivt jobbet med temaet. Da fikk de ansatte muligheten til å bli sett og hørt, og føle at de fikk bidra til videre prosesser rundt arbeidsverktøyet Alert.

4.3. Introduksjon av Aksjon 3: Fagdag med ansatte

Denne aksjonen valgte jeg å gjennomføre på og med de ansatte i tjenesten der jeg arbeider. Vi gjennomførte en fagdag på et eksternt lokale. Målet var å få med seg flest mulig ansatte i sonen. Metoden jeg benyttet var problemløsende case med IGP (Individuell, gruppe, plenum) som metode. Jeg valgte ut bord med grupper på fire og fire. Det ble presentert case, gruppen fikk så muligheten til å løse case med IGP. Målet var å videreutvikle arbeidet med implementering av Alert. Resultatene som har kommet etter denne fagdagen, har vært en viktig innfallsport for meg som forsker å jobbe videre med i dette FoU-prosjektet. For å finansiere denne fagdagen brukte vi gavepenger vi hadde fått til de ansatte i hjemmetjenesten.

4.3.1 Hensikt og planlegging av fagdag med ansatte

Hensikten med denne aksjonen var å videreutvikle implementeringsarbeidet med Alert. Nå hadde alle de ansatte vært på kurs, vi hadde fått riktig utstyr på plass, MEWS-score og ISBAR-kommunikasjon var tatt i bruk. Vi hadde gjennomført case-lunsjer og noen ansatte hadde skrevet logg. Da mente jeg det var viktig å samle de ansatte til en fagdag. Her var det meningen at vi sammen skulle reflektere og evaluere over arbeidet vi hadde gjort så langt. Fokuset skulle være på medarbeiderne og deres arbeidsoppgaver. Hvor står vi hen i dag, og hvordan er det ønskelig at vi planlegger videre arbeid. Jeg hadde en forståelse for at dette arbeidet var viktig å gjøre i fellesskap sammen med de ansatte. Tanken var at de skulle oppleve eierskap og medbestemmelse for prosjektet. De skulle selv få være med å vurdere arbeidet og ytre sine meninger for hvor veien skulle gå videre. På denne måten mente jeg også at fagarbeiderne fikk muligheten til å være med å bidra til endringer. For meg var det nå viktig å fokusere på selve arbeidsverktøyet, og for hvordan de videre skulle motivere hverandre slik at alle de ansatte skulle bli trygge i dette arbeidet. Det var meningen at det i tillegg til fag, også skulle være en sosial og hyggelig setting, både for å vise at de ansatte blir satt pris på og for og forhåpentligvis øke motivasjonen for videre arbeid.

I planleggingen av denne aksjonen, leste jeg meg opp på IGP og case som problemløsende metode. Jeg benyttet den didaktiske relasjonsmodell som utgangspunkt. Rammefaktor, mål, gjennomføring og refleksjon var viktige elementer.

Rammefaktor: i denne aksjonen hadde vi et stort lokale til disposisjon. Tiden vi hadde til rådighet var tre klokke timer. På grunn av erfaring med denne metoden var jeg trygg på å gjennomføre aksjonen sammen med de ansatte. Av utstyr satt vi sammen bord og stoler til grupper, penn og papir, samt plakater og tusjer ble lagt frem på bordene.

Mål: hovedmålet med denne aksjonen var å holde driven i gang med Alert-implementeringen i vår sone. Dette gjelder i hovedsak ikke bare for Alert- implementering, men også for lignende implementeringer og endringsprosesser. Et delmål var å engasjere og motivere fagarbeiderne for videre arbeid. Ved å jobbe med denne metoden håpet jeg at alle fikk ny erfaring og kunnskap. De skulle være deltagende i en prosess og de skulle få lov til og få mulighet til å påvirke og utvikle prosessen med implementeringen av dette verktøyet. På denne måten ville de ansatte få muligheten til å dele erfaringer med hverandre. Jeg håpet de ville få en innstilling og en mulighet til å være aktive, samt å kunne styrke selvfølelsen for dette arbeidet. Et mål var at de ansatte fikk en opplevelse av å være en viktig brikke i denne prosessen.

På slutten av denne dagen skulle alle ansatte skrive en logg der de skulle reflektere over sine opplevelser når det gjaldt implementeringen av arbeidsverktøyet Alert.

4.3.2. IGP med rekkeframlegg og roller

Hvilke holdninger og ferdigheter trenger du når brukers behov står i sentrum?

IGP som metode:

Figur 6: Modell Ringstadbekkrisset/vurderingsmodell

Hva fungerer bra?	Hvorfor?
Hva kunne fungert bedre?	Hvordan?

Figur 6: Ringstabbekkrisset som vurderingsmodell

Her fikk de ansatte beskjed om å bli enige om tre områder som fungerer bra, og tre områder som bør bli bedre, som de skulle prioritere i videre arbeid. Så skulle de drøfte **hvorfor** det er bra og **hvordan** det kan bli bedre.

Videre skulle de skrive ned på flippoverark og henge resultatet opp på veggen når de var ferdige. De hadde 45 minutter til rådighet.

I de ulike gruppene skulle man fordele roller: Ordstyrer, viddevakt og sekretær.

Individuell: Hver og en fikk 3-5 minutter til individuell refleksjon.

Gruppe: Rekkeframlegg med enkeltpresentasjoner. Ordstyrer tar tiden mens viddevakt passer på at tema blir holdt. Så skulle det diskuteres og lage prioriteringer, tre områder som fungerte bra og tre områder som måtte arbeides videre med.

Plenum: Her skulle hver gruppe presentere et og *et* punkt om gangen i plenum. Dette skulle skrives opp på flippover og tapes opp på veggen. Resultatene måtte dokumenteres godt og være synlig i etterkant av fagdagen slik at dette ikke ble glemt i tiden fremover.

4.3.3 Gjennomføring

27. mai 2016 ble fagdag for de ansatte gjennomført. Vi samlet deltagerne på et lokale i nærheten av arbeidsplassen. Fagdagen ble startet med felles lunsj. Det var da ca. 25 personer tilstede. Dagen startet med et et times- foredrag av en fysioterapeut og ergoterapeut, som omhandlet hverdagsrehabilitering. Dette er også et emne som vi arbeider med å implementere i kommunehelsetjenestene. Videre hadde vi ca. 45 minutter felles samtale om tankene vi hadde for demensomsorgen i vår enhet. For så å ta en pause med kaffe, kake og frukt, før vi startet opp arbeidet med IGP og evaluering av arbeidet med Alert.

Det ble satt sammen grupper på fire til fem personer rundt bordene, det var fem bord totalt. Gruppesammensetningen ble satt sammen av meg. Jeg ville ikke at de som vanligvis samarbeidet mye sammen, eller de beste vennene skulle sitte på samme bord. Jeg ville forsøke å få jevne gruppesammensetninger, med tilnærmet lik fagkompetanse ved hvert bord. Jeg la lapper på bordene med gruppesammensetningene før de ansatte kom til fagdagen.

Vi satte opp lysbildet på lerretet med spørsmålene: ***Hva fungerer bra og hvorfor? Hva kunne fungert bedre og hvordan?*** Alle hadde fått tildelt ark og penn, og de kunne sitte og notere tanker om arbeidet i fem minutter. Videre fikk de udelt hvite store ark og tusjer. Det ble valgt ordstyrer viddevakt og sekretær på hver gruppe, og de svarte etter tur, et og et svar slik at alle ble hørt og alle skulle få like mye taletid. Alle fikk mulighet til å få fram sine synspunkter, gruppen hørte alles mening. Det er velkjent at i en sosial sammenheng har vi mange personligheter, alt fra de som er stille og ikke ytrer sine meninger, til de som snakker mye og får frem mange av sine egne synspunkter. Vi har også de som mener de har svaret fra før, disse ble nå tvunget til å høre og diskutere andres synspunkter og refleksjoner.

Etter 25 minutter skulle de få fem minutter til å oppsummere og bli enige om hva som skulle presenteres i plenum. Da de fikk presentere svarene sine, fikk hver gruppe svare et og et svar, slik at alle skulle få si like mye. Etter tre runder, hadde de fleste synspunkt kommet frem.

Oppsummering av resultat presenteres i vedlegg 6.

4.3.4. Del to Case 1.

Da jeg skulle lage case til fagdagen, ville jeg fokusere på de ansattes lærdom. Det var viktig at de ansatte fikk utfordring på hvordan implementeringsarbeidet måtte fokuseres på hver enkelt ansatt, med tanke på å få til endringer i sonen.

Case: «Gudrun Nilsen er 54 år. Hun har jobbet som hjelpepleier i hjemmebaserte tjenester i 15 år. Hun utfører en god jobb, hun er godt likt blant pasientene og de ansatte. Mange av hennes arbeidsoppgaver er å utføre morgen- og kveldsstell, lage i stand måltider og mate pasienter som ikke lenger mestrer til å få i seg næring på egenhånd. Hun utfører også praktisk bistand, der hun vasker og rydder hjemme hos pasientene og vasker tøy. Tidligere i høst var Gudrun på Alert-kurs. Hun husket noe av det hun lærte fra teorien på skolen, men i praksis har det vært sykepleierne som har tatt seg av målinger av pasientene eller som kommer og ordner opp da de er syke. Hun har valgt å trekke seg litt unna når det er snakk om målinger eller hvis noen er syke. Dette med Alert, kan de unge og ivrige ta seg av, eller sykepleierne kan komme. De er jo så flinke til dette og har det som hovedoppgave allikevel. En dag kommer en av sykepleierne inn til avdelingsleder og forteller at ikke alle ansatte er like trygge på å utføre prinsippene ved Alert, eller å bruke MEWS- score som et arbeidsverktøy. Hun har lagt merke til at Gudrun trekker seg litt tilbake når det er pasienter som har behov for ekstra målinger og spesielle oppfølginger. Hun har til og med opplevd at Gudrun har latt vær å utføre tiltak eller å skrive noe i rapporten om at pasientene har blitt dårligere, slik at de som kommer etter henne på jobb må utføre dette arbeidet.

Hva kan gjøres? Etter dette hadde vi en liten pause, før jeg presentere case om Gudrun, den ansatte som følte seg usikker i jobben med Alert. Etter presentasjon av case, hadde vi samme strategi som forgående problemstilling. Hver og en ansatt fikk sitte og skrive ned egne punkter for hvordan vi kan hjelpe Gudrun med å bli tryggere i sitt arbeid. Etter dette ble det valgt ny ordstyrer, viddevakt og sekretær og de presenterte en og en tanke i gruppen for så å oppsummere og skrive ned på stort ark med tusj.

IGP som metode:

I: Etter å ha blitt presentert for case skulle de ansatte sitte en og en i 5 minutter å skrive ned hvordan de tenker de best kunne løse dette problemet-med individuell refleksjon.

G: Videre skulle gruppen jobbe sammen. De valgte seg ut en ordstyrer, en viddevakt og en sekretær. En ordstyrer tok tiden for enkelt-presentasjoner, viddevakten skulle sørge for at ikke samtalene havnet på viddene, mens sekretæren skrev ned hva de hadde kommet frem til.

Rekkeframlegget startet med at hver og en deltager la fram ett og ett innspill. Rundene rundt

bordet ble avsluttet først etter at alle innspill var tatt med. Deretter åpnet gruppen for en diskusjon; hva var viktigst, hva skulle prioriteres, hva skulle deles i plenum (15 – 30 min).

P: plenum. Ett og ett innspill fra gruppene. (ca. 15 min). Til slutt presenterte hver og en gruppe et og et svar i plenum. Resultatet er presentert i vedlegg 6.

4.3.5. Logg etter fagdag

Etter endt faginnhold på fagdagen 27.05.16. spurte jeg om de som ville kunne tenke seg å bruke noen minutter på å føre en logg over hvordan de syns arbeidet med Alert denne dagen hadde fungert. Jeg ga de samme skjema med Ringstabekk-krysset som modell, som de hadde arbeidet med tidligere på dagen. 19 stykker besvarte logg (Vedlegg 6). Resultatene fra logg og IGP ble gode funn for veien videre i dette prosjektet.

4.3.6. Refleksjon etter fagdag med ansatte

Etter endt fagdag 27.5.16 sitter jeg igjen med gode tanker, ideer og kunnskap, om hvordan de ansatte i avdelingen tenker rundt arbeidet med Alert og organiseringen i forhold til implementeringen av dette arbeidet. Fagdag med IGP som metode var en god opplevelse for meg som forsker og leder, og jeg fikk tilbakemeldinger fra de ansatte, at de opplevde det som det samme. Det var god stemning hele dagen og det virket for meg som at de ansatte koste seg og hadde en bra dag, de var engasjerte og arbeidsomme. Det kom frem mange gode tanker og ideer. «*En slik dag virket samlende for de ansatte*», og det kom frem at de «*ønsket flere fagdager*» fremover. Et av målene for dagen var at de ansatte skulle ha en opplevelse av at dette var en metode til at de fikk være med på, og ta del i endringsprosesser som skjer i arbeidshverdagen. Ved å benytte denne IGP, fikk jeg inntrykk av at de ansatte opplevde nettopp dette. Utfordringen fremover vil være å kunne fortsette å få til lignende samlinger som dette. En av årsakene til at det er vanskelig å gjennomføre slike dager, er finansieringen. Dette gjelder ikke bare finansiering av leie av lokalet, mat og drikke, men det er også en stor kostnad å leie inn vikarer til å være på jobb. De ansatte som møtte opp på fagdager, forventer også å bli lønnet denne dagen. Dette er krav som må tilstrebes, slik at vi kan få med oss de fleste fagarbeidere og sykepleiere ved en slik kompetansehevingsdag. Jeg har lært at en slik fagdag virker samlende, både med tanker på relasjoner, og for å kunne styrke samarbeidet om å jobbe mot felles mål. Det er mye jobb og planlegging for å få dette til, men jeg har nå fått erfaring med at slike dager er viktig å prioritere i fremtiden, når vi i fremtiden skal imøtekomme nye krav.

4.4. Introduksjon av fagdag av Alert-team

Alert- team får penger fra fylkesmannen til å holde en til to fagdager i året for Alert sine ressurspersoner fra hvert tjenestested i samarbeidskommunene. Disse fagdagene er av høy kvalitet og et positivt innslag for dette arbeidet. Som forsker og ressurs-bruker av Alert, har jeg fått lov til å være med i noe av planleggingen av disse dagene. Jeg vil i dette kapitelet presentere en slik fagdag. Årsaken til at jeg vil presentere denne som en aksjon er fordi at på denne fagdagen fikk vi lov til å ha med oss 12 ansatte fra vår hjemmetjenestesone. Normalt er det to til tre fagpersoner som får være med. Årsaken til at vi fikk ha med så mange, er på grunn av betydningen det ville ha for dette FoU-prosjektet. Siden denne fagdagen kom relativt raskt etter vår egen fagdag, valgte jeg å plassere denne presentasjonen her.

Mandag 06. Juni 2016 ble fagdag arrangert. Så langt i prosessen skal alle enheter velge ut personer som skal være fagressurser innen Alert. Vi valgte ut syv stykker fra vår enhet. Sist fagdag med Alert teamet var 16. november. Den gang ble alle som ville oppfordret til å melde seg på fagdag på eget initiativ. Dette ble ikke tilgodesett med lønn eller avspasering, så jeg var spent på om noen ville melde seg på. Hadde engasjementet for fagutvikling økt i avdelingen? 12 personer meldte seg den gang, det betød at engasjementet hadde økt. Til fagdagen 06. juni var det mange ansatte som hadde lyst til å være med, og jeg måtte dessverre si nei til flere, på grunn av plassmangel på kurset. De som ble prioritert plass var de personene som skulle fungere som ressurspersoner i sin enhet. Vanligvis har avdelinger en eller to ressurspersoner, men siden vi jobbet med dette som prosjekt fikk vi mulighet til å sende så mange.

4.4.1. Hensikten med fagdag for ressurspersoner

Hensikten med at Alert-team gjennomfører fagdag er både kompetanseutviklende og for å få opp motivasjonen for arbeidet. Fagarbeiderne får oppleve at arbeidet de utfører er betydningsfullt, med tanke på pasientbehandling og pasientforløp i alle tjenesteledd, blant annet med tanke på samfunnets krav etter at samhandlingsreformen tredder i kraft. Det er av betydning at fagpersonell får en forståelse av at de både må ta mer ansvar i vanskelige pasientsituasjoner, som de kommer opp i. Med slike fagdager får deltagerne undervisning og faglig påfyll. Noe som er en forutsetning for å kunne mestre de pålagte arbeidsoppgavene de både har fått og får i kommunal helsetjeneste. Undervisningen og kunnskap fra fagdag, skal de ansattes ressurspersoner ta med tilbake til sine avdelinger og informere om i avdelingen i etterkant av fagdag.

4.4.2. Gjennomføring og resultat av fagdag

Fagdagen ble avholdt på et lokalt kurshotell. Dagen startet med kaffe, frukt og registrering. Da vi ankom auditoriet var det satt inn ekstra stoler langs vegger og bakerst i salen for å få plass til alle påmeldte. Hovedvekten av kursdeltakerne var helsefagarbeider og hjelpepleiere, for så sykepleiere og bare noen få ledere. Vi ble ønsket velkommen av en sykepleier fra Alert-team som var konferansier for dagen. Hun fortalte litt om hensikten med fagdagen, om utvikling og status i Alert prosjektet, og hvilke hovedelementer det var viktig å fokusere på fremover. De opplevde nå at helsefagarbeider og hjelpepleiere følte seg mer selvsikre i dette arbeidet. De tørr mer og legevakt har merket en stor bedring. Fortsatt opplever de at noen sier at sykepleier må gjøre, men det oppleves nå sjeldnere. Videre fortalte hun om viktigheten av at alle enheter nå hadde sine Alert-kontakter. Det ble tydelig gitt uttrykk for at hvis arbeidet nå skulle videreutvikles måtte det bli inkludert i arbeidshverdagen. Det ble presisert at leder måtte gi rom for dette arbeidet, og at det finnes fasiliteter for diskusjoner og refleksjoner.

Programmet for dagen var variert og spennende. Først ut var poliklinisk diabetessykepleier, som følger opp disse pasientene i interkommunalt samarbeid. Hun opererte med døgnskategorisk telefonvakt og hadde Ca. 1500 pasienter som hun fulgte opp. Hun fortalte om faresignaler og komplikasjoner vi måtte være klar over og holde fokus på. Og fortalte om akutte symptomer som det var viktig at man observerer i pasientsituasjoner. Hva gjøres, hvordan og hvorfor.

Videre foreleste infeksjonsoverlege ved lokalsykehuset om tegn ved alvorlige infeksjoner og sepsis. Han fortalte kort om hva som skjer i kroppen, hva man skal observere ved infeksjonstegn, som for eksempel økt puls og lavt blodtrykk. Han forklarte hva som er viktig og observere og atypiske tegn spesielt hos eldre, alkoholikere og uremikere ved infeksjon og sepsis. Han presiserte også viktigheten av godt hudstell og munnstell for å forebygge infeksjon.

Neste foreleser var palliativ¹⁰ sykepleier fra en av våre samarbeidskommuner. Hun foreleste om palliativ plan og viktigheten av dette når man har palliative pasienter i eget hjem i kommunehelsetjenesten. Ved opprettelse av en slik plan trygger man ikke minst pasient og pårørende. Men det er også viktig å huske på at man trygger fagarbeiderne som arbeider i

¹⁰ Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Helsebiblioteket, 2017).

teamet rundt pasienten. Når man oppretter en palliativ plan skal det foregå en samtale med pasient, pårørende, lege og personale. Her skal det tas opp temaer som: hva er viktig for deg/pasienten, hvordan vil du ha det? Vil du legges inn på sykehus? Skal vi sette på HLR- (Minus hjerte, lungeredning) og lignende. Det er viktig å planlegge medikasjon ved å sette opp riktige og nok medikamenter på medisinalisten, slik at pasienten ikke skal oppleve smerte og annen ubehag siste uke og dager, samtidig som at personalet er sikre og opplever ordnede forhold. Det er viktig å ha en plan B, dette må skrives opp slik at all personalet er trygge på hvordan de skal opptre i de ulike situasjonene, føle faglig forsvarlighet.

Foreleser nummer fire var faglig leder for pre-hospital klinikk, ambulansetjenesten. Han holdt foredrag om hva ambulanspersonalet forventet av helsepersonell de møter ute i kommunehelsetjenesten. Han utdyper frustrasjon av å bli møtt av for eksempel sykepleier hjemme hos syk pasient, som ikke kjenner pasienten fra tidligere. Han opplever at sykepleier blir sendt ut til dårlige pasienter fordi hun/han har vakt i kommunen. Da er det bedre å møte helsefagarbeider/hjelpepleier som faktisk kjenner pasienten og dens sykehistorie. Videre ønsker de at det skal være mulig å kunne få medisinaliste, diagnoser og pasientanamnese, samt at det er ønskelig med et skjema med normalmålinger for akkurat denne pasienten. Det er dermed enda en begrunnelse for å benytte MEWS- skjema både for normalmålinger og målinger ved akutt syke eller forverrelse av sykdom. Det oppleves som utfordrende å leve i en papirløs verden, da man ikke har elektronikk som erstatter dette på en tilfredsstillende måte mellom samhandlingsinstansene. Alle ansatte må også regne med å få en del spørsmål av ambulanspersonell, fordi det som blir gitt av informasjon til AMK, legevakt eller lignende ikke alltid blir videreformidlet. Det er viktig å tenke at man har en klar plan for hvor pasienten skal. Det holder ikke bare å ringe ambulanse når man har en dårlig pasient, for så å tenke at man ikke har mer ansvar. Alle faggrupper rundt pasienten må være trygg på pasientforløp og ha en plan på hvor pasient skal videre i systemet ved akutt sykdom. Altså må hver enhet i kommunehelsetjenesten lage sine rutiner og planer for tiltak utover Alert og MEWS-score ved akutt sykdom.

Videre fortalte han om viktigheten av observasjoner. Det å være nøytral å få med seg alle viktigheter i situasjonen. Dette illustrerte han med en video, som viser hvilke observasjoner vi gjør i gitte situasjoner: https://www.youtube.com/watch?v=IGQmdoK_ZfY. Med video og historier fra virkeligheten ble dette en levende forelesning, som jeg tror alle både lærte mye av og fikk motivasjon for videre arbeid av.

Siste foreleser var ekstern foreleser fra Blakstad sykehus. Hun foreleste om eldre med suicidale tanker og handlinger. Her fikk vi informasjon om faresignaler vi må merke oss, hvilke tegn vi skal se etter, og årsak til diagnosen. Hun fortalte pasienthistorier som eksemplifiserte ulike hendelser. Her synliggjorde hun kompleksiteten ved disse pasienthistoriene. Det var ingen klare observasjoner eller tiltak, men det ble en vekkelser av hyppighet, faresignal og hvor vi kunne henvende oss for hjelp. Observasjon og god dokumentasjon er viktige momenter å ta med seg for fagarbeideren. Betydningen av samarbeid på tvers av personalgrupper og helsetjenester kom frem som et viktig element. Etter endt fagdag måtte alle deltagerne fylle ut logg for å gi uttrykk for hva man synes var bra og eventuelt mindre bra, samt å gi forslag til tema for nye fagdager.

4.4.3. Refleksjon etter fagdag

Variasjon og ulike fagutdannede forelesere viser hvor stor og omfangsrik interessen for denne type fagutvikling er i alle ledd i kompetanseskalaen. Et slikt samarbeid opplever jeg som mange skritt i riktig retning for, yrke- og tjenester på tvers i helsevesenet. Dette vil jeg hevde, styrker kvaliteten i tjenesten, og samarbeidet på tvers av profesjonene fører til at vi mer «stiller opp for hverandre». Foredragsholderne opplevdes relevante og engasjerte, fagarbeiderne som møtte opp på fagdag ble inspirert, forteller de i etterkant. Det som jeg så på som en utfordring var å videreformidle kunnskapen vi her tilegnet oss, til de fagarbeiderne som ikke fikk muligheten til å gå på fagdag. Siden jeg startet opp med dette FoU- prosjektet har det nå vært gjennomført tre slike fagdager. Alle med like stor suksess. Men på de andre fagdagene har vi ikke hatt mulighet til å reise så mange fra vår enhet. Utfordringen har blitt desto større, i forhold til å videreformidle informasjon. Vi har diskutert og gjennomført fagkvelder, der det vil bli servert mat og tatt opp ulike temaer til diskusjon og gruppearbeid. Jeg har tro på at dette kan bli en arena for erfaringsutveksling. Vi har gjennomført *en* slik kveld, men jeg har ikke tatt denne med som en aksjon, siden temaet for kvelden ikke omhandlet Alert. Jeg har lært gjennom dette prosjektet, at slike fagkvelder kan være positivt for faglig utvikling og samhandling i vår sone.

4.5. Presentasjon av fokusgruppeintervju holdt av masterstudent

I dette kapitlet vil jeg presentere min egen logg etter et fokusgruppeintervju som jeg fikk muligheten til å delta på. Fokusgruppeintervjuet ble avholdt av en masterstudent som tar en mastergrad i klinisk sykepleie i geriatri og har fokuset sitt på hvordan sykepleiere i kommunehelsetjenestens hjemmesykepleie opplever bruken av arbeidsverktøyet Alert med spesielt tanke på MEWS-score. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført på sykepleiere i kommunen dette prosjektet omhandler. Funn og resultater som kom frem i dette intervjuet var så relevante for mitt resultat, at jeg har valgt å presentere dette som en logg inn i mitt FoU-prosjekt.

4.5.1. logg og refleksjon etter gjennomføring av fokusgruppeintervju av masterstudent

Til stede under dette fokusgruppeintervjuet var fem sykepleiere fra tre ulike hjemmetjenestedistrikt. Vi hadde ca. en time til rådighet. Da masterstudenten hadde presentert seg og informert om temaet for studiet, spurte den ene informanten om MEWS er det samme som Alert? Da måtte det informeres om at Alert var hele konseptet og at Mews er skjema med målebarometre som vi skal arbeide etter. Dette ble grundig gjennomgått under Alert-kurs, men da man ikke aktivt jobber med dette, tenker jeg det er naturlig å ikke besitte denne kunnskapen.

Studenten hadde forberedt noen spørsmål, og informerte om at hun også hadde gjennomført lignende intervju ved fire andre enheter i andre kommuner. Videre presenterer alle deltagerne seg ved navn og hvor lenge vi har vært utdannet som sykepleiere. Sykepleierne forteller de har jobbet mellom 10 og 15 år som sykepleiere i hjemmetjenesten. Den ene sykepleieren har vært utdannet siden 1982. Masterstudenten hadde forberedt spørsmål til intervjuet.

Disse spørsmålene var:

«Når opplever dere at dere bruker MEWS? I hvilke situasjoner»? «Om legevakta etterspør målinger»? «Har alle har fått opplæring og om alle har fått kurs»? «Når oppleves det som vanskelig å gjøre scoringer eller er det noen utfordringer»? (Resultat etter fokusgruppeintervju, vedlegg 8)

Etter dette intervjuet er jeg litt betenkt over uttalelser som kommer fra sykepleiere. Da man besitter en sykepleierutdannelse, er min erfaring at elementene i Alert og MEWS-score er grunnkompetanse. Det viser seg at andre soner som er deltagerne i fokusintervjuet ikke har kommet like langt i sitt implementeringsarbeid som vår sone. Det kom frem at årsakene til

dette var mange. De skyldte på tid, at de ikke hadde opparbeidet rutiner for å ha med seg utstyr ut til pasientene, at ledelsen ikke var involvert og at fagarbeiderne ikke utøvde målinger, både fordi de ikke kunne utføre disse, at de ikke hadde med seg utstyr og fordi de hadde så travle lister at de ikke hadde tid til dette.

Masterstudenten forteller at ved gjeldende intervju som ved de andre intervjuene kommer samtalen relativt fort inn på hjelpepleiernes kunnskap, mens forskeren ønsket å få svar på sykepleiernes egen kompetanse i forholdet til dette arbeidsverktøyet. Sykepleierne i dette fokusgruppeintervjuet mener selv de har god kunnskap om målinger og risikopasienter, og når de skal ringe legevakt, men har også fokus på hva hjelpepleiere kan og ikke kan.

Konklusjonen var at det var varierende hvor godt arbeidsverktøyet Alert var blitt tatt i bruk i kommunen. Flere av sykepleierne brukte ikke MEWS-score aktivt, og det kunne se ut som at det var en sammenheng mellom ledelsens engasjement og gjennomføringsevne.

4.6. Refleksjon etter avsluttede aksjoner

Det er både tidkrevende og presserende prosesser å implementere en så stor endring hos fagarbeiderne som arbeidsverktøyet Alert. Da jeg også skulle passe på at det skjedde i demokratiske prosesser måtte jeg være tålmodig og jobbe strukturert. Det var av betydning at ledelsen i kommunen var med på prosessen, og forsto at det er viktig for leder å få albuerom til å bruke tid på implementeringsarbeid. Det har jeg opplevd som en forutsetning for å lykkes i dette arbeidet. Jeg var heldig som fikk god feed-back på mitt arbeid. Jeg hadde mange som stilte opp og ga meg gode opplysninger, og jeg fikk en god opplevelse av å ha fått til mange gode samarbeid. Både min nærmeste leder og de av lederne som var berørt av dette FoU-prosjektet, ga meg god støtte gjennom de ulike aksjonene. Det jeg i etterkant reflekterer over er tidsbruken. Alert har vært en av mange ting som skulle implementeres, og det er vanskelig å se for seg at man skal bruke så mye tid på hver enkelt sak. Som leder i kommunehelse-tjenesten ser det ut til at man må velge å prioritere noe, fremfor noe annet. Det å jobbe i demokratiske prosesser med endringsledelse ser jeg er utfordrende, og dette har vært en tankevekker. Ellers er jeg fornøyd med måten vi har fått til å gjennomføre de ulike aksjonene på, selv om ikke alle har vært like vellykket, har det opplevdes som gode prosesser for veien videre. Funnene, etter de ulike aksjonene har vært gode, jeg opplever å ha fått både mange og gode svar og at de ansatte til dels har funnet aksjonene meningsfulle. Jeg har forsøkt å legge opp metoder etter problemstillingens forskningsspørsmål, og belyse disse så godt som mulig gjennom analysekapitlet.

5.0. Diskusjon av studiens funn

I denne masteroppgaven søkes det å forske på, undersøke, fortolke og forstå hvordan jeg via pedagogisk aksjonsforskning har kunnet medvirke til kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester i kommunehelsetjenesten. Sett i lys av hvordan jeg som leder har kunnet bidra til dette, og hvordan de ulike aktørene i prosjektet har deltatt i prosessen. Endringsorientert ledelse har blitt et relevant element i prosjektet.

Figur 7: Prosjektets fundament



Figur 7: Laget av Lars- Inge Myhre: Viser mål for forsknings- og utviklingsprosjekt

Forskningsspørsmål som har blitt stilt og som her vil diskuteres, er følgende:

- 1. *Hvordan kan kompetanseutvikling med arbeidsverktøyet Alert- være med på å imøtekomme krav i samhandlingsreformen?***

Fokuset i drøftinga vil være å se om vi har klart å få dette til, hvilke hindringer har vi møtt på veien, med særlig tanke på kompetanseutvikling med Alert- implementering.

2. *Hvordan bygge en lærende organisasjon via endringsorientert ledelse, og hvordan kan fagarbeiderne være med på å bidra til dette?*

Her legger jeg vekt på begrepet endringsorientert ledelse ved å forsøke å: 1: Få til godt planlagte endringsprosesser med involvering av de ansatte. 2: Finne gode verktøy for at strukturelle endringer vinkles til noe positivt for de ansatte. 3: Ha fokus på fellesskap, relasjoner og team-læring.

3. *Hvordan kan jeg som leder legge til rette for strukturelle endringer via kompetanse- og organisasjonsutvikling?*

Her legger jeg vekt på meg som leder ved å fokusere på: 1: Hvordan jeg som leder kan legge til rette for å endre arbeidsrutiner sammen med de ansatte. 2: Legge vekt på demokratiske prosesser og egen delaktighet. 3: Være bevisst på at slike prosesser krever tid, slik at jeg som leder må fokusere på at endringene blir varige. Utfordringene underveis, forsøker jeg å belyse med hvordan jeg har klart å møte disse.

5.1. Innledning

For diskusjon og analyse har jeg valgt å strukturere kapittelet etter forskningsspørsmålene. Jeg har konsentrert meg om de mest sentrale funn som er gjort gjennom teori og den empiriske undersøkelsen. Det viser seg imidlertid å være noe utfordrende å skulle operere med tydelige skiller mellom disse, da de opptrer i nær relasjon til hverandre. Tidvis vil derfor funn gjøre seg gjeldende på flere områder. Samtidig har jeg valgt å slå sammen dataene fra de ulike aksjonene og knytte relevante funn til nettopp disse tre forskningsspørsmålene. Tilslutt i dette kapittelet, runder jeg av med noen betraktninger som berører alle de tre områdene. Jeg skal forsøke å knytte sammen samhandlingsreformen og Alert-implementering opp mot kompetanse- og organisasjonsteorier, samt teori om lærende organisasjoner. I konklusjonen svarer jeg på hovedproblemstillingen.

Følgende problemstillinger er stilt som grunnlag for undersøkelsen i oppgaven:

Hvordan kan jeg som leder bidra til helhetlig og praksisnær kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester- og dermed møte krav i samhandlingsreformen rettet mot endringsorientert ledelse?

Det var et sentralt mål i samhandlingsreformen at kommunene skulle fokusere på blant annet følgende område: «*Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelses og mindre omfattende behandling*» (Norges forskningsråd, 2016). Dette ville kreve et opplegg

for bedre identifisering og oppfølging av brukere med høy risiko for utvikling av sykdommer. Jeg ønsker gjennom FoU-prosjektet å belyse at Alert tar for seg etterspørsel i reformen (2012), da dette er et arbeidsverktøy for tidlig indentifisering av sykdomsutvikling og sikker kommunikasjon med andre helsetjenester.

Dersom de ansatte som ble berørt av endringene gjennom dette prosjektet fikk en opplevelse av å være involvert fra start og med dette få et eierskap til både problemene og de løsningene som ble valgt, var sannsynligheten for at vi lyktes med dette prosjektet mye større enn om jeg ikke hadde inkludert dem. Dette hevder Høst (2014), at innebærer en endringsprosess bør være godt planlagt og endringsarbeidet må gjennomføres tuftet på åpenhet i prosessen samt en involvering av alle berørte parter (Høst, 2014). «*Vi ble motivert og fikk mer kunnskap etter å ha vært på kurs*» sier ansatte på fagdag 27.5.2016. Det er viktig at interessen hos deltakerne blir vekket, slik at alle deltagerne forstår formålet med utviklingsarbeidet, hevder Høst (2014). Dette opplevde jeg at Alert-teamet fikk til ved å holde et spennende og levende kurs med case-trening. Alle fagarbeiderne fikk mulighet til å delta og det opplevdes som at de ble motivert for videre arbeid.

Peter Senge (1999) skriver om kunsten å skape en organisasjon som er i kontinuerlig forbedring. Han hevder det er en forutsetning at de ansatte i organisasjonen har felles visjoner og mål for endringen som skal skje. På fagdag 27.5.2016 sier personalet at: «*Vi har nå bedre samarbeid mellom de ansatte*» og «*Nå er det lettere å ta kontakt med legevakt og AMK, fordi vi har konkrete målinger*». Senge (1999) skriver at personlig mestring og egenutvikling som er til nytte for organisasjonen er viktig i likhet med gruppelæring, som har betydning for å lære sammen for å bidra til kollektiv tenking- og læring. Etter uttalelser på fagdag (27.5.2016) vil jeg si at Alert-teamet fikk dette til. Dermed ble det en enklere oppgave for meg å overta stafettpippen for det videre arbeidet med å implementere arbeidsverktøyet inn i hjemmebaserte tjenester. For å videreføre og opprettholde deltakende prosesser med en kontinuerlig forbedring, benyttet jeg ulike «aksjoner» innad i sonen. Dette medførte blant annet til å utpeke ressurspersoner, ha jevnlig case-lunsjer, installere rett utstyr og ha kontinuerlig opptrening i bruken av disse, refleksjoner, logg og fagdager. Alle tiltakene var nødvendigvis ikke like vellykkede, men alle medførte resultater som jeg har tatt med meg inn i prosessens utvikling. Dette samsvarer med aksjonsforskningens kjennetegn der det sies at forskeren skal forske sammen med aktørene i de ulike aksjonene, og at kunnskap skal bygges opp gjennom endring. Klev & Levin (2009) hevder at en forutsetning er at læring finner sted hos deltagerne som ønsker å gjøre en endring. Aksjonsforskning gir mulighet til å forske i

egen praksis uttaler Mc. Niff (2010), der prinsipper om demokrati og rettferdighet står i fokus. Dermed vil jeg si det var naturlig at ikke alle aksjonene som ble prøvd ut ville lykkes i like stor grad. Med dette vil jeg vise til funn i kapitel 4; gjennomføring av de ulike aksjonene. Særlig legger jeg vekt på utførelsen av endring i arbeidsrutiner, kompetanseutvikling med tanke på å ta i bruk Alert prinsipper, involvering og demokratiske prosesser, samhandling, teamarbeid og relasjoner i forhold til organisasjonsutvikling.

Jeg har etter de ulike aksjonene en opplevelse av at det har skjedd en utvikling i vår hjemmetjenestesone fra september 2015 da jeg gjennomførte fokusgruppeintervju med Alert-team frem til fagdag med ansatte (27.5. 2016). Utvikling som jeg mener har skjedd er at fagarbeiderne har blitt mer selvstendig i bruken av utstyr i Alert sekk, gjennomføre målinger og vurderinger, samt at kommunikasjonsprosessen med andre helsetjenester nå fungerer mye bedre.

5.2. Hvordan kan kompetanseutvikling med arbeidsverktøyet Alert være med på å møte krav i samhandlingsreformen?

«Samhandling er oppgavefordeling for å nå et felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 13).

Gjennom masterstudiets funn leste jeg revisjon fra norsk forskningsråd (2016), der det kom frem at før samhandlingsreformens tid opplevdes det at de kommunale helsetjenestene var preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Pasienter ble ofte innlagt i sykehus for behandling, selv om dette kunne vært unngått med forebygging, god samhandling og behandling i hjemmet (Norsk forskningsråd, 2016). Dette samsvarer med ønskene til de ansatte på legevakt, Alert- team og fagarbeiderne i aktuelle hjemmetjenestesone, som er deltagere i dette forsknings- og utviklingsprosjektet.

Noen av ønskene som kom fram i utopifasen etter fremtidsverksted med Alert-team i september 2015, var blant annet: *«At alle skal få rett behandling på rett behandlingsnivå»* og *«Tilgjengelig plass på institusjon»*, altså i den helsetjenesten som er nødvendig for aktuelle tilstand, for eksempel på sykehus, hos spesialist eller på sykehjem.

«Alltid riktig utstyr tilgjengelig...» var også et ønske i utopifasen. Personalet ved legevakt fortalte om hendelser der ansatte i kommunehelsetjenesten ringte inn om dårlige pasienter, men ikke kunne gi opplysninger om objektive målinger fordi de ikke hadde utstyr tilgjengelig. Dette opplevdes heller som en vane enn en sjeldenhet, fortalte de. Etter SØT-modellens *nå-situasjon*, kom sitatet: *«Hvordan man tolker målinger er mangelfull»*. De fulgte opp under

modellens *utopi* fase med å skrive: «Økt kunnskapsnivå». Dette fortalte de gjaldt kunnskap om å kunne se sykdomsbilde hos pasienter, så vel som å kunne ta målinger, både med og uten utstyr, for så å tolke og forstå funnene. De fortalte at eksempler på å gjøre dette kunne være:

«Å kjenne på hud og forklare om den er varm, kald, tørr, klam. Kjenne på puls uten klokke, er den regelmessig, hurtig, sakte, fyldig. Hvordan oppfører pasienten seg, er han søvning, kontaktbar, pusten regelmessig eller hurtig». «Det finnes altså mange målinger som kan tas uten måleinstrumenter, men fagarbeiderne må lære seg til å beskrive det de ser på en objektiv måte, og de må stole på egne vurderinger».

Som vi kan se var det et ønske også fra Alert-team (09.2016) at alle fagarbeidere og profesjonsutdannede utfører objektive observasjoner. Poenget var at disse arbeidsrutinene ikke kunne implementeres med et kurs på kun 6 timer. For at både fagarbeiderne og de profesjonsutdannende skulle kunne jobbe etter disse prinsippene, måtte det øves og trenes på dette i praksishverdagen. Legevaktens Alert- team mente at en metode å benytte for å kunne øke dette kunnskapsnivået, blant annet kunne gjøres med case-trening i avdelingen. Dette står i samsvar med det Illeris (2012) belyser, når han skriver at man må unngå at læringen får et tilfeldig preg, læringen må planlegges og struktureres. Mine erfaringer gjennom dette prosjektet tydeliggjør også Høsts (2014) teorier om at lederen selv må stå for den overordnede planleggingen og gjennomføringen av læringsprosessen. Dette kommer jeg tilbake til i drøftingen om lederens betydning for kompetanse- og organisasjonsutvikling.

I fokusgruppeintervjuet (10.1.2017) som ble avholdt av masterstudent, sa en av deltagerne at: «Vi får ofte telefoner fra hjelpepleierne som sier at brukeren føler seg dårlig, men de kan ikke bekrefte objektive målinger». De sier for eksempel at brukeren er «svimmel og rar» eller at: «Han er ikke sånn han pleier». Dette kom frem etter at de fleste av helsepersonellet i kommunehelsetjenesten hadde vært på Alert- kurs. Videre kom det frem i fokusgruppeintervjuet at heller ikke sykepleierne alltid tok objektive målinger av dårlige pasienter. Svarene fra denne undersøkelsen bekreftet legevaktens oppfattelse da de mente at manglende objektive målinger vanskeliggjorde deres prioriteringsarbeid. Da dette var gjeldende selv etter kurs, viste også dette at implementerings-arbeidet krevde mer enn å sende fagarbeiderne på kurs.

I fremtidsverksted med Alert- team (09.2015), strakk de seg så langt i sine uttalelser om at de mente det var utopi at helsetjenestene hadde rett utstyr tilgjengelig. «En utopi at helse-tjenestene alltid har rett utstyr tilgjengelig». Det vil si som beskrevet som et minimum i

Alert-sekk (se s. 75). Dette mente jeg var et flott utgangspunkt for tiltaksfasen og et realistisk mål å strekke seg mot. Men da jeg skulle handle inn Alert- sekker i hjemmetjenestesonen, fikk jeg kun lov til å handle inn *en* sekk, med begrunnelse at kostnaden ble for stor. Dermed måtte jeg sende spørsmål til frivillige organisasjoner om innkjøp av riktig utstyr. På grunnlag av dette fikk jeg forståelse for frustrasjonen til Alert-team om hvorfor de mente «*riktig utstyr*» kunne settes under SØT- modellens utopi- fase. At vi måtte spørre frivillige om økonomisk støtte mener jeg er betenkelig. Funn i evaluering av samhandlingsreformen (2016) sa at finansiering av kompetansehevingstiltak i kommunehelsetjenesten ikke fulgte med da samhandlingsreformen satte sine krav. Dette fikk vi også merke da vi arrangerte fagdager for alle ansatte i vår sone den 27.5.2016. For å finansiere denne fagdagen brukte vi gavepenger vi hadde fått til de ansatte i hjemmetjenesten. På den ene siden ser jeg den økonomiske besparelsen som er viktig å prioritere for kommunene, men på den andre siden sier yrkeskompetansen min at faglig forsvarlighet og kompetanseutvikling bør prioriteres.

Svarene jeg her har fått, står i samsvar med samhandlingsreformens (2009) uttalelser om at tjenestene blant annet var preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Disse uttalelsene samsvarer med revisjon av samhandlingsreformen (2016), hvor det viser seg at dette fortsatt er mangelfullt i de fleste av landets kommunehelsetjenester.

5.2.1. Har vi fått til kompetanseutvikling med arbeidsverktøyet Alert?

Da Alert-team setter «*økt kompetanse*» som et punkt i sin utopifase under fremtidsverksted (09.2015), fikk jeg en bekreftelse på at jeg hadde valgt et aktuelt tema for problemstilling, og hadde dermed konkrete mål å arbeide mot. Var det virkelig slik at kompetanseutvikling for vår sone og kommune var *utopi*, slik det kom fram i fremtidsverksted (09.2015)?

Etter fremtidsverkstedet fikk jeg ny motivasjon til å jobbe med disse utviklingsprosessene. Tema kompetanseutvikling står i samsvar med hva Nilsen & Haaland (2008) skriver om at det er nødvendig at fagarbeideren opparbeider seg kompetanse og videreutvikler nyervervet kunnskap. Støten (2008) følger opp med tema om ferdighets-kunnskap, som omhandler praktiske arbeidsoppgaver og prosedyrer. Hun mener at gjennom gjentatte øvelser, blir fagarbeiderne trygg på prosedyrer og ferdigheter. Et mål i dette FoU-prosjektet var at ferdighetene rundt arbeidsverktøyet- Alert ville bli en del av hverdagens arbeidsoppgaver og med dette gi ny organisasjonskultur, noe som samsvarer med Senges (1999) teorier om kulturendring. For å kunne nå et slikt mål var det en forutsetning at jeg fulgte Støtens (2008) anbefaling om å være bevisst på hvordan jeg kunne legge til rette opplæringen, slik at

fagarbeiderne fikk de beste mulighetene til å utvikle en helhetlig yrkeskunnskap (Støten, 2008).

Yrkeskompetanse handler om den kunnskap vi bruker i yrkesutøvelsen, som mestring, bevissthet, innsikt og engasjement, skriver Hiim & Hippe (2010). Dette støttes av Kvale (1999) som hevder at kompetanse er brukt som et begrep der det faglige stemmer overens med utøverens arbeidsoppgaver (Kvale, 1999). Godt samspill og samarbeid mellom utdanning, forskning og arbeidsliv er nødvendig for å sikre kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og bedre tjenester gjennom videreutvikling og innovasjon. Utvikling av kompetanse for fagarbeiderne i bedrift er avhengig av god kontakt med yrkesfeltets alle plan.

Tilbakemeldingene fra tjenestene har vært viktige, for å være relevant og bidra med den kompetansen tjenestene trengte, her fra legevakt, sykepleiere i fellesturnus i kommunen og fra Alert-team. Dette har bidratt til å sikre at sluttkompetansen til fagarbeiderne er mest mulig i tråd med tjenestenes behov, og samtidig utgjøre en god plattform for videre læring. Vi bør tilstrebe å øke samspillet mellom omsorgsnivåene også i tiden fremover. «Flere kurs» ble etterspurt både på fagdag (27.5.2016) og på fokusgruppeintervju (10.1.17). Dette viser at tverrfaglig kurs, med instruktører fra legevaktens Alert-team, har vært en positiv opplevelse som jeg antar har styrket praksisfellesskapet.

«Bedre opplæring på «punkter» du er usikker på» og «å sørge for å øve mye på hverandre» mente de ansatte i vår sone, var nødvendig for å gjøre fagarbeiderne trygge i sitt arbeid med Alert (fagdag, 27.5.2016). Det var samstemmighet blant ansatte at de ønsket metoder og verktøy som de kunne anvende til dette arbeidet. Et slikt innspill var fruktbart med tanke på forslag til hvordan organiseringen på arbeidsplassen kunne bidra til at implementeringsarbeidet med Alert, kunne videreutvikle og styrke helsepersonellens kompetanse. De ansatte i hjemmetjenesten bekrefter at det er ulike årsaker til at de har blitt trygge. Kurs og MEWS-kort har ført til: «Økt trygghet i vårt arbeid i forhold til pasienter og innad i personalet». De ga også uttrykk for at: «Det er bra at utstyret er tilgjengelig i en ryggsekk slik at den alltid er med» (Fagdag, 27.5.2016). Med grunnlag i dette kan vi samtidig se at medisinteknisk utstyr og kompetanse til å ta det i bruk, er viktig kunnskap å inneha. Støtens (2008) teori om Ferdighetskunnskap kan vi si blir viktig her. Denne kunnskapen omhandler praktiske arbeidsoppgaver og prosedyrer. Gjennom gjentatte øvelser, blir fagarbeideren trygg på prosedyrene og ferdighetene, og de vil bli automatisert hevder hun (Støten, 2008). Vi gjennomfører case-lunsj med jevne mellomrom, der vi reflekterer og diskuterer ulike hendelser og situasjoner der Alert ble benyttet. Vi kjører av og til trening, der

vi har fått ferdiglagde caser fra lege i Alert- team. Som leder opplever jeg at flere er delaktige og at rutiner er på god vei til å bli permanent implementert. For eksempel vises dette ved at vi har vi en kronisk syk pasient i vår sone, som har hatt en reduksjon i sykehusinnleggelser de siste månedene. Samtidig kan jeg si vi har utfordringer på flere plan. For det første oppleves det at utstyr som er tatt ut av Alert- sekk, har vanskeligheter med å komme tilbake til plassen sin i sekken. Om det er hverdagens travlhet som fører til at utstyret ikke blir lagt på plass, eller om det er ansvarsfølelsen som mangler kan jeg ikke si. Jeg har forsøkt å gi ansvar til Alert- kontaktene, om å lage en rutine for å gjennomgå utstyret i sekkene, men dette må vi aktivt arbeide med for å få til som en prosedyre. Videre er det å få tatt normalmålinger av alle pasientene også en utfordring. Vi har mange pasienter som tilhører sonen, og arbeidslistene er ofte lange og travle. Dette vil jeg hevde belyser at å implementere nye arbeidsverktøy og rutiner, krever tid og ressurser.

Vi kan allikevel si at vi er inne i en god prosess med å møte krav i samhandlingsreformen, ved å utvikle kompetanseutvikling og å ta i bruk arbeidsverktøyet Alert. Mange av fagarbeiderne har blitt flinke til å benytte MEWS-score og ISBAR-kommunikasjon. Sykepleierne i sonen forteller følgende:

«Fagarbeiderne ringer nesten aldri ved akutt sykdom uten at de har tatt målinger eller er på vei til å ta målinger». «Vi opplever nå at helsefagarbeidere og hjelpepleiere føler seg mer selvsikre i dette arbeidet». «Legevakt forteller også at de har merket en stor bedring» (januar, 2017).

Noe som kom frem på fagdag (27.5.2016), var at både fagarbeiderne og sykepleierne har merket at: *«Pasientene kommer raskere til behandling»*, etter at vi har tatt i bruk Alert. Dette er på grunn av at fagarbeiderne er mer observante, har lært å både ta og tolke målinger ved behov, og benytter seg av riktig kommunikasjonsmetodikk i samhandling med andre helsetjenester. Som vi tidligere har sett har det vært et problem, at fagarbeiderne ikke har benyttet objektive observasjoner og dermed gått glipp av nødvendig informasjon for å kunne vurdere pasientens helsesituasjon.

Fagarbeiderne har blitt tryggere i sin samhandling med andre profesjoner innad i egen sone, sykepleiere i andre soner eller med legevakt og sykehus. Jeg tar ofte opp arbeidet rundt Alert til diskusjon og refleksjon med sykepleierne i vår sone, gjennom den uformelle samtalen. Jeg vil hevde at en av årsakene til at vi i stor grad har lyktes med dette arbeidet, er at sykepleierne har vært og er flinke til å spille ballen videre til fagarbeiderne når de melder fra om dårlige

pasienter. «*De får sjelden mulighet til å stikke seg unna, de må være med å medvirke i prosessen rundt bruken av Alert*». (Uttalelse fra sykepleier i vår sone 10.01.2017). Det er rimelig å si at relasjoner og samhandling har hatt betydning for dette arbeidet. Samhandlinger og relasjonskompetanse i pasientrettet arbeid, som vises i avsnittene ovenfor, er som tidligere sagt også et tema i samhandlingsreformen (2009). Relasjonskompetanse er selve kjernen i all samhandling hevder Spurkeland (2011). Relasjonskompetanse kan sies er synonymt med samhandlingskompetanse (Spurkeland, 2011). Her kan vi si det gjelder både for fagarbeidere av samme profesjon som ulike.

Et overraskende og sentralt element i denne studien, var informasjonen om at vår enhet- i hjemmebaserte tjenester nesten var de eneste som aktivt benyttet arbeidsverktøyet Alert med MEWS-score og ISBAR- kommunikasjon. Dette bekreftes både på felles sykepleiermøte i oktober 2016, på fokusgruppeintervju i januar 2017 og på nettverksmøte i april 2017. Det har blitt lagt merke til at pleierne har MEWS-score tilgjengelig da de ringer andre institusjoner eller legevakt for å melde inn dårlige pasienter.

Det at andre helsetjenester i kommunen har valgt og ikke sette fokus på å implementere dette arbeidsverktøyet, tror jeg kan være kulturavhengig. Senge (1999) hevder at for å kunne gjennomføre kulturendring på en arbeidsplass må man endre tenkesettet. For å få til dette forutsetter det en mental forandring. Videre skriver han at mestringsledelse forutsettes av en leder som legger vekt på læring, utvikling og motivasjon, ut fra fagarbeiderens individuelle forutsetninger (Senge, 1999). Min opplevelse er at mange av lederne i kommunen, inkludert meg selv, bruker mye av sin arbeidstid på å leie inn vakter for å passe på å ha tilstrekkelig med fagarbeidere på vakt. Noen ledere hevder de bruker opptil 70 prosent av sin arbeidstid på dette. Resterende tid brukes til aktuelle møter, mailer, samtaler med de ansatte, pasient- og eller pårørende rettede saker også videre. Dette fører til at tiden ikke er tilstrekkelig for å drive kompetanse- og organisasjonsutvikling i ønskelig grad. Dermed tror jeg at arbeid som å implementere Alert for å møte samhandlingsreformens krav har blitt nedprioritert.

Disse drøftingene viser at det er behov for å legge vekt på følgende punkter. For det første har jeg kommet frem til at det er et ønske også fra kommunehelsetjenestens personale at alle pasienter får rett behandling i rett instans. Det at legevakt ønsker seg tilgjengelige sykehjemsplasser til alle som måtte ha behov for dette, er selvsagt en utfordring, og noe som fagarbeiderne i hjemmetjenestesonen har lite kontroll over. Men å hjelpe pasientene slik at de får behandling på rett tjenestested, og aller helst rett behandling i eget hjem, er noe vi har

jobbet mye med gjennom dette prosjektet og tilstreber å få til i best mulig grad. Vi har fått til en bedring, både i samhandling, forebyggende arbeid og tilstreber rett behandling på rett sted.

For det andre var riktig utstyr tilgjengelig en utopi mente Alert- team. Jeg mente at det ikke burde by på problemer. Økonomien satte imidlertid en stopper for dette. Vi *fikk* tak i utstyr, men det var takket være frivillige organisasjoner som ga oss penger til innkjøp av dette. Etter at vi fikk utstyr på plass, har vi brukt mye tid på å øve oss på bruken og samtidig lære opp fagarbeiderne til å tolke resultater og målinger ved å benytte MEWS-score og ISBAR-kommunikasjon aktivt.

For det tredje har sykepleierne i vår sone vært flinke og engasjerte i arbeidet med å utvikle kompetanse i hjemmebaserte tjenester. Samhandlingen innad i avdelingen med hjelp av gode relasjoner, har ført til at fagarbeiderne sier de har følt seg trygge i opplæringen. Mange har valgt å gå sammen to og to da de har tatt målinger. Dette viser at de stoler på hverandre, og at opplæringen har blitt et felles anliggende. Disse resultatene mener jeg kan bidra til å møte krav i samhandlingsreformen. Kompetanseutvikling er i en kontinuerlig prosess og arbeidsverktøyet- Alert har vært til god hjelp for å oppnå mål.

5.3. Hvordan har vi fått til å bygge en lærende organisasjon via endringsorientert ledelse?

Funn viser at gode forberedelser og god informasjon til de ansatte, er en viktig forutsetning for å lykkes med endringsorientering og organisasjonsutvikling. Forberedelsene for å bygge en lærende organisasjon består av mange ulike arbeidsoppgaver og aktiviteter som både knyttes til det faglige og det praktiske. Det er også tydelig at tiltak og aksjoner som er gjort underveis og som har foregått på ulike arenaer, som kurs blant ansattgruppa, på selve arbeidsplassen kollektivt og individuelt, har vært nyttig. Demokratiske prosesser har hele tiden vært en faktor som har vært viktig å følge. «*Vi har fått dette til på grunn av god opplæring*» (Ansatt 27.05.16). Dette står i sammenheng med Senge (1999) når ha skriver at «*Det er viktig at det å forstå det underliggende problemet bak viktige samhandlinger, gir ny innsikt i hva som kan gjøres*» (Senge, 1999. s. 79). For å informere de ansatte om dette FoU-prosjektet, og planene for arbeidet med Alert- implementering i vår sone, ble det avholdt et lengre personalmøte i november 2015, der det møtte opp 32 ansatte. Her informerte jeg blant annet om resultatene fra fremtidsverksted med Alert- team, og på hvilke måte dette hadde av betydning for vår arbeidsplass.

Forberedelser av denne sort og med Alert kurs for alle ansatte, innebar å dele kunnskap og forståelse, samt å få til en felles arbeidskultur i vår tjenestesone så vel som i kommunehelse-tjenesten generelt. For å kunne få fagarbeiderne fra å være en "perifer deltager" til å delta i et arbeidsfellesskap slik Wenger (2004) beskriver det, kunne målet være å styrke at fagarbeiderne ble forberedt på både arbeidsoppgavene som kunne vente dem, og hvilke forventninger som rådet i forhold til prinsippene rundt Alert- arbeid. Inntrykket mitt var at alle ble motivert og fikk pågangsmot etter gjennomført Alert- kurs, som ble holdt av lege og sykepleier. samarbeidet på tvers av profesjoner, vil jeg hevde førte til at mange forsto hvor høyt Alert- arbeidet var prioritert i kommunen. Det opplevdes som at fagarbeiderne ble både inspirert og motivert til videre arbeid på grunn av dette.

I følge Høst (2014) er det et mål i seg selv å trekke med seg de som blir berørt av en endring, og å finne en metode for endringsarbeidet som skaper minst mulig motstand. Ved å være informativ og benytte ulike aksjoner med fokus på organisasjonsperspektiv ble dermed viktig i det videre arbeidet med å implementere Alert inn i arbeidshverdagen gjennom dette FoU-prosjektet. Dette med tanke på hvordan jeg kunne organisere aksjonsforskningen slik at kompetanse- og organisasjonsutvikling ble oppnådd og hvordan jeg som leder kunne videreføre dette arbeidet. Ved å bruke aksjoner som gjorde at alle de ansatte var deltagende, mente jeg det kunne føre til en kollektiv endring med organisasjonsutvikling.

I mitt arbeid med tilrettelegging for kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester, har det vært viktig for meg å bygge relasjoner med de ansatte. Jeg mener det er viktig at de ansatte har tiltro til de endringer og tiltak som skal gjennomføres. Med grunnlag i Spurkeland (2010) sine teorier om relasjonsledelse vil jeg hevde at det er lettere å gjennomføre endringer og organisasjonsutvikling med gode relasjoner, da det på denne måten letter kommunikasjon og samhandlingen i bedriften. Dette har vi merket i faglunser med case trening, og under refleksjonen av disse. Etter gjentagende diskusjoner og drøftinger, har jeg opplevd at fagarbeiderne har utviklet sin refleksjonskompetanse, noe som samsvarer med Schön's (1983) teorier om refleksjon i handling (s.31). Spurkeland (2010) belyser at relasjonskompetanse er synonymt med samhandlings-kompetanse. Bakgrunnen er at dagens arbeidsliv setter krav til arbeidstakerens kommunikasjonsferdigheter og evne til å fungere i relasjoner til andre (Spurkeland, 2011). Det er rimelig å si at dette står i samsvar med samhandlingsreformens krav om økt mellommenneskelig forhold som kan utvikles både mellom medlemmer i ei gruppe, som mellom tjenesteledd, i et gruppeperspektiv.

Jeg vil hevde at vi har kommet et stykke på vei, i samhandlingsarbeidet for fagarbeiderne i vår sone, både internt og eksternt (Spurkeland, 2011).

«Å jobbe i grupper og bruke IGP fører til at alle får sin taletid, lærer av hverandre og gjør oss mer motiverte» (Logg fra ansatte 27.05.16). Teamlæring ble introdusert av Peter Senge (1999) som en viktig del av lærende organisasjoner. Han hevder at «å lære sammen» fører til kollektiv tenking- og læring. Relasjoner og gjensidig påvirkninger, samt å gjøre hverandre gode, er her av betydning. Dette samsvarer med Spurkeland (2011) når han belyser Stortingsmelding 30, kultur for læring (2003-2004), om at samarbeidsbasert arbeidsform med systematisk evaluering i større grad gir læringsfremming og tilpasset opplæring (Spurkeland, 2011). Det er et element i seg selv hevder Spurkeland at å føle tilhørighet og være en del av et fellesskap er av betydning for læring. Illeris (2012) følger opp med å si at ved å innføre arbeidsgrupper, prosjekter og aksjonslæring for alle medarbeiderne, unngås det at læringen får et tilfeldig preg med utilstrekkelig struktur og systematikk (Illeris, 2012). Med dette i tankene benyttet jeg aksjonsforskning med aksjoner som gruppearbeidsmetoden IGP under fagdagen (27.5.2016). Jeg benyttet også avdelingens egne caser under case-lunsj, der det ble fokusert på teamlæring, for å kunne komme frem til gode løsninger og refleksjoner.

«Tryggere på å ta målinger» og «Enklere tverrfaglig samarbeid» var noen sitater som kom frem av de ansatte på fagdag (27.5.2016). Det at alle yrkesgrupper ble tatt med på Alert- kurs mener jeg gjorde at fagarbeiderne i aktuelle sone følte seg sett, og fikk med dette en opplevelse av å bli tatt med inn i endringsprosessen, som måtte skje for å få Alert implementert. Det var ønskelig at hver og en fikk en påminnelse om hvor viktig akkurat deres arbeid og yrkeskunnskap var, noe jeg fikk en opplevelse av at de ansatte merket. Da de videre skulle løse case om å motivere ansatt i Alert- arbeid var en av tiltakene «Sørge for gode og trygge opplæringer...» og «vi må forklare hvorfor det er så viktig....». Wenger (2004) poengterer at praksisfellesskap med sosial deltagelse er en viktig komponent i lærings- og erkjennelsesprosessen. Sitatene fra ansatte og Wengers teori om praksisfellesskaper mener jeg belyser endringsvillighet og engasjement hos de ansatte i vår sone, som sammenfaller med teori.

Alert-team ga instruksjoner om at: «Leder for hver avdeling i kommunehelsetjenesten har plikt til å tilrettelegge for implementering av arbeidsverktøyet- Alert på hver arbeidsplass». Hvordan dette skulle gjøres sto lederne fritt til å velge. Men det ble utviklet et Alert-nettverk, der Alert-ansvarlige fra hver bedrift ble innkalt til samarbeidsmøter fire ganger per år. Her ble erfaringer delt og det kom frem forslag til tiltak for implementeringsarbeidet.

Etter Alert- teamets anbefalinger om case-trening i egen avdeling tok jeg med meg dette som en egen aksjon inn i dette prosjektet. Jeg opplevde at case-trening ble populært, vi øvde med utstyr og med MEWS- og ISBAR kortene. Det viste seg imidlertid at det ble vanskelig å holde kontinuitet i dette, fordi jeg som leder til tider var lite tilstede på grunn av møter og andre gjøremål. Lunsjene ble etterspurt fordi de hadde blitt populære. På den ene siden så jeg at de ansatte satte pris på case-lunsjer. De var delaktige og aktive under arbeidet. Men på den andre siden når jeg som leder ikke var til stede og ledet casene, ble de ikke gjennomført. Jeg tok dette opp med kommunalsjef, der hun spør: «*Hvorfor er det slik at case-lunsjene ikke blir gjennomført da du ikke er til stede? Kan ikke noen andre holde den?*» Jacobsen (2012) skriver at endring av kultur krever tid, og at en ny kultur kun foreligger når den tas for gitt av de ansatte i avdelingen, og en slik endring krever strategier som betinger langsiktig opplæring (Jacobsen, 2012). Med dette forsto jeg at jeg som leder hadde tatt for stor rolle i disse case-lunsjene. Det var viktig å endre strukturen på disse case-lunsjene, slik at en som var på jobb, tok ansvar for at dette ble gjennomført. Vi kjøpte inn to bøker der ulike caser var beskrevet slik at man kunne øve på disse. Det ble lettere med konkretisering enn å plukke ut tilfeldige caser fra uka som var gått. Dette må ifølge Støten (2008), øves på og gjentas slik at fagarbeideren blir trygg på å holde en case-lunsj.

Jeg vil hevde at ved å innføre case-trening i lunsjen viser det at det er kultur for læring i vår sone. De ansatte er positive og engasjerte, men derfra til å ta ansvar for både å videreformidle kunnskap og å holde trening selv, har vi ennå en vei å gå. Når case er etablert som en standard i våre lunsjer, har jeg et håp om at på sikt kan treningen opprettholdes selv når ikke jeg er tilstede. Jeg vil tro dette blir et ansvar sykepleierne i første omgang må ta, før eventuelle ressurspersoner kan overta. Vi har hatt tema oppe til diskusjon i enheten, og har blitt enig om at ansatte på tur, skal ha innlegg under fag-lunsj. Mange av de ansatte gir uttrykk for at dette er skremmende, det vil dermed være en prosess over tid, å arbeide med.

Høsten 2016 var jeg på lunsj-møte med Alert kontakt på legevakt. Der jeg blant annet tok opp dette med stabiliteten på case-lunsjene. Dette førte til at hun ba inn alle Alert-kontaktene i samarbeidskommunene til nettverksmøte den 23.11.2016. I forbindelse med denne samlingen fikk vi utdelt case, som hver kontakt kunne ta med seg tilbake til sine arbeidsplasser for trening. Hun oppfordret her å gjøre som sonen dette prosjektet omhandler, og gjennomføre case-lunsj. Dette sier noe om at da jeg engasjerte meg og uttalte meg til leder av Alert-prosjektet, ble jeg møtt med positiv respons og utfordringen ble tatt tak i. Dette samsvarer

med hva Høst (2014) beskriver om å etablere effektive samarbeidsrelasjoner med folk utenfor egen organisasjon, for å kunne planlegge, organisere og utvikle organisasjonen (Høst, 2014).

I vår sone opplevde vi det også som utfordrende å få formidlet tema som ble tatt opp i nettverksmøtene til Alert, inn i avdelingen. Det oppleves som at Illeris (2012) sin delingskultur til dels er et ukjent begrep. Erfaring tilsa som tidligere sagt, at de ansatte syns det å ta ordet og undervisningsrollen var vanskelig. Muntlig formidling er en øvelse og dette gjorde at både implementeringsarbeidet og driven til å holde ved like kunnskap, noen ganger ble problematisk. Illeris (2012) hevder det er viktig at fagarbeiderne er motivert og engasjert i læringen. Wenger (2004) følger opp med å poengtere fokuset på deltagelse i fellesskapet får konsekvenser for hva som skal forstås og understøtte læringen i praksis. For individene handler dette om å engasjere seg og bidra til fellesskapets praksiser (Wenger, 2004). Noe av problemet med å viderefordre kunnskap er selvsagt at det arbeides turnus i vår sone, og at sjelden er mange ansatte samlet på en gang. Med dette har jeg erfart at det må fokuseres på gjentagende informasjon under fag-lunsj fremover.

Som leder hadde jeg et innlegg i kommunens felles sykepleiemøte for hjemmetjenestesonene den 03.10.2016. Der fortalte jeg om fagarbeidernes positive endring i forhold til arbeidsrutiner ved å benytte arbeidsverktøyet Alert i vår sone. Sykepleierne fra andre soner bekreftet at de hadde lagt merke til den positive endringen. De andre sonene lurte på hvordan vi hadde jobbet for å få til implementeringen. Dessverre virket det som om det ikke var interesse for å høre om dette arbeidet da jeg la det frem. Min opplevelse var at det var så mange saker som skulle tas opp, at det ikke var tid igjen for denne informasjonen der og da. Tema om hierarki mellom fagarbeidere og profesjonsutdannede kom opp i stede. De fleste mente at hjelpepleiere/helsefagarbeidere måtte «*få tilbake*» arbeidsoppgaver som de tidligere hadde utført. Arbeidsoppgavene kan være alt fra observasjoner, målinger, sårstell og vurderingsbesøk. Spørsmålene om hvorfor arbeidsoppgavene har blitt fordelt på en annen måte i de senere år og hvilke tiltak som må gjøres i prosessen videre ble diskutert, men det kom ikke til noe løsning på spørsmålet. Dette vil jeg si samsvarer med det historiske perspektivet, der det er beskrevet at hjelpepleier-faget var en utdanning som har vært preget av samfunnets krav. Tidligere var utdanningen preget av å være tilfeldig og uten en samlet plan skriver Offergård (2014). Det kan virke som at fagarbeidernes arbeidsoppgaver i kommunehelsetjenesten også har båret preg av å være noe tilfeldig. Jeg vil hevde at det er av betydning at fagarbeiderne innehar konkrete arbeidsoppgaver og at dette ikke skal være oppgaver kun forbundet med mangel av sykepleiere, eller at fagarbeiderne opplever å være

«bra nok» når det ikke er sykepleier på jobb. Sykepleiere og ledere i dette møtet var samstemte om fordeling av disse arbeidsoppgavene, uten at det ble nedskrevet som en mal.

I fokusgruppeintervju (10.1.2017), kommer det frem at organisasjons-endring med å innføre Alert- prinsipper, ikke har blitt oppnådd i like stor grad i andre soner. På nettverksmøte (19.4.2017), kommer det frem at flere soner fortsatt mangler rett utstyr, og at hjelpepleierne fortsatt ringer til sykepleier for å ta målinger. Det kom også frem fra en sone at: «*Vi mener dette er sykepleieroppgaver, så hos oss er det sykepleierne som utøver målinger*».

Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå deltagelse i et praksisfellesskap, slik Wenger (2004) poengterer det. Senge (1999) beskriver at for å endre tankesett må det en mental forandring til. Videre hevder han at det er lederens ansvar å formulere mål sammen med sine medarbeidere. Jeg har med dette fått bekreftet Senge's (1999) teori der han hevder at overalt hvor det er forandring finnes det også motstand, og med dette finnes det ofte en eller flere skjulte balanserende prosesser. Han hevder at motstand mot forandring ikke behøver å være noe mystisk, men det kommer nesten alltid av at noen føler at det er trusler mot tradisjoner, normer og måter å gjøre ting på. Normene virker ofte fastlåst fordi fordelingen av myndighet og kontroll er satt. Som det kommer frem i forrige avsnitt, kan dette sees på som en form for profesjonskamp, der sykepleierne har tilegnet seg flere arbeidsoppgaver som fagarbeiderne strengt tatt kunne utføre. Som leder i en endringsprosess mener Senge (1999) det er viktig å finne og overvinne kilden til motstanden. Lederen bør fokusere direkte på de inngrodde normene og de maktforholdene som normene er en del av (Senge, 1999). Som det kommer frem gjennom dette prosjektet vises det at ansattmedvirkning, avgjørelser i grupper og praksisfellesskaper kan være en god kilde til å arbeide med utvikling og endringsorientert ledelse.

Vi er på god vei i prosessen med å bygge en lærende organisasjon via endringsorientert ledelse i vår sone. Dette vises for det første ved at de ansatte selv kommer med uttalelser som «*sykepleierne merker stor endring*» og «*økt kompetanse og kunnskap blant alt personale*» (fagdag, mai 2016). For det andre har fokuset på relasjoner, fellesskap og teamlæring i utviklingsprosessen hatt positiv effekt i å inkludere personalet i de endringene som måtte gjennomføres, «*å lære av hverandre gjør oss mer motiverte*» sier personalet. For det tredje mener jeg det å fokusere på å ha opplæringen direkte knyttet til arbeidsplassen har vært av stor betydning, «*på grunn av god opplæring er vi tryggere på å ta målinger og i forhold til pasientene*». Tydelig kommer det frem gjennom funn, at i de tjenestesonene der ikke leder har vært involvert i opplæringsprosessen og implementeringsarbeidet i like stor grad, har arbeidet

heller ikke fungert så godt. Det å involvere de ansatte i endringsarbeid fra start, og legge til rette for arbeid i fellesskap og i team, og at leder er engasjert i arbeidet vil jeg fremheve som viktige funn for å få til å bygge lærende organisasjoner via endringsorientert ledelse.

5.4. Hvordan har fagarbeideren vært med på å bidra til kompetanseutvikling og hvordan har dette hatt betydning for den enkeltes fagarbeider?

Som vi har erfart må det ligge noen forutsetninger til grunn for å kunne legge til rette for god læring. Ta for eksempel en fagarbeider som ønsker å bli dyktig til å utføre Alert- prinsippene. Jeg har i kapittel om teori synliggjort hvordan læring, kunnskap- og kompetanseutvikling i praksis kan knyttes til sosiokulturelle perspektiv blant annet gjennom felles refleksjonsarbeid. Jeg vil her drøfte hvordan mine funn fra aksjonene kan ses i lys av denne teoretiske tilnærmingen. Her vektlegger jeg blant annet det faglige gjennom kvalifikasjonsmålet med utgangspunkt i det sosiale perspektiv som knytter seg til læringsfellesskapet. Jeg finner flere naturlige koblinger fra Wengers (2004) teorier om praksisfellesskaper, Spurkelands relasjonsteori, Schöns teori om refleksjon i handling, samt ulike teorier hvor vinklingen om læring er betydelig. I kapittel 5.4. knytter jeg fagarbeidernes bidrag til vekst og utvikling spesielt med tanke på fellesskapet i vår sone.

Fagarbeiderne arbeidet med problemløsende case på fagdag for de ansatte. Dette er utdrag av hva de ansatte satte opp som tiltak for å hjelpe en fagarbeider som var utrygg i forhold til bruken av arbeidsverktøyet Alert. «*Motivere henne til å være med på målinger....*» «*Samarbeide og tilby å være med...*» «*Påpeke ansvaret og pliktene hun har i sin stilling... jamfør yrkesetiske retningslinjer*» (27.5.2016). For at fagarbeiderne skal oppleve vekst, læring og utvikling, hevder Nilsen & Haaland (2008) det er viktig at de har følelsen av å tilhøre fellesskapet, bli akseptert og likt. Det er av betydning at fagarbeideren presterer og benytter egne erfaringer som grunnlag i kompetanseutviklingen.

«Jeg liker ikke å snakke med fremmede på telefon. Jeg skriver ned alt jeg skal si på et papir, og passer på at jeg har svar på alle målingene når jeg ringer. Også følger jeg bare lista når jeg snakker....»(Faglunnsj- 12.4.2017).

At fagarbeiderne kjenner på behovet for å lære og ser nytteverdien og relevansen i kompetanseutviklingen er nødvendig for å lykkes med målet som er satt. Det at kompetanseutviklingen foregår sammen med andre, der en kan diskutere problemer og

utfordringer, bli påvirket av og påvirke andre, understøttes av Nilsen & Haaland (2008) som viktige elementer. Svarene fra fagdag (27.5.2016) og momentene til Nilsen & Haaland (2008) samsvarer med Wengers (2004) teorier om praksisfellesskaper der han blant annet hevder at identitet med fellesskapet er av stor betydning. For å få til en endringsprosess i organisasjonen er det viktig at hver enkelt fagarbeider føler tilhørighet til fellesskapet for at alle skal føle eierskap til endringen, som her med Alert implementering.

Wenger (2004) hevder at praksis definerer et fellesskap gjennom tre dimensjoner: gjensidig engasjement, felles virksomhet og felles repertoar. Videre fastslår han at identitet i fellesskap ofte blir til via deltagelse. På bakgrunn av denne teorien har det vært viktig at deltagerne har fått jobbe sammen om prosjektet. Som leder fokuserte jeg på å både se og høre alle som var med i dette utviklingsprosjektet. Både Nilsen & Haalands (2008) og Wengers (2004) teorier om praksisfellesskaper mener jeg innehar momenter som er fulgt i dette FoU- prosjektet. Funn som har kommet frem både gjennom de ulike aksjonene, og ved respondentenes svar på fagdagen 27.5.2016 belyser dette. Her skrev ansatte at vi må ha tiltak som: «Å Sørge for gode og trygge opplæringer sammen med sykepleier for å bli trygge på arbeidsoppgaven», «øve på hverandre», «rose og gi positive tilbakemeldinger».

Irgens (2011) hevder at medvirkning i planlegging, beslutningstaking og iverksetting er av avgjørende betydning for fagarbeidernes holdning til forandring. Følelsen av å ha bidratt til vellykket endring kan føre til eierskapsfølelse til prosessen og det endelige resultatet (Irgens, 2011). Fagarbeiderne som arbeidet i dette prosjektets hjemmetjeneste har nå klart å bli mer eller mindre selvstendige når det gjelder Alert. De får skryt av sykepleiere og legevakt for en godt gjennomført forbedringsprosess. I fokusgruppeintervju 10.1.2017 uttaler sykepleier fra annen sone: «*Dette merker vi når vi har ansvarsvakt, det er den eneste sonen hvor det fungerer. Når hjelpepleierne ringer der kommer målingene på rad og rekke*».

Det å få fagarbeiderne til å stole på egne avgjørelser i gitte situasjoner var av stor betydning for dette prosjektet. «*Alert er en trygghet både for personal og brukere*» (Fagdag, 27.5.2017). Dette står i samsvar med hva både Hiim & Hippe (2001) og Støten (2008) sier om yrkeskunnskap. Hiim & Hippe påpeker blant annet at yrkeskompetansen består av mestring og engasjement. Støten følger opp med å hevde at yrkeskunnskap sees på som en helhetlig kunnskap, som er sammensatt av flere elementer som handling, språk, følelser og forståelse, altså all relevant kunnskap som benyttes i yrkesutøvelsen (Støten, 2008).

Det virker som vesentlig for fagarbeiderne at de får anerkjennelse for den kunnskapen de har tilegnet seg, og at arbeidet med Alert- arbeidet gir mulighet og anledning til å dele nødvendig

informasjon med andre. «*Vi må få inn bedre rutiner og at det føres rett i Gerica¹¹*». Altså et ønske om å få et eget program inn i datasystemet som blir benyttet i vår kommunehelsetjeneste, slik at målinger kan skrives rett i en grafe og bli synlig for sykepleiere i andre soner. Studiens funn viser videre at det er viktig for fagarbeiderne å få anerkjennelse fra andre kollegaer og profesjonsutdannede i forhold til utøvelse som bidrar til gode handlingsforløp. De er opptatt av å handle og samhandle til beste for pasienter. «*...letter arbeidsmengden, samt en raskere avklaring i pasientsituasjonen*». Haavind (2015) presiserer at ressursmangler og mangelfull organisering leder til uforsvarlig medisinsk oppfølging/behandling. Ved å få arbeidsverktøyet MEWS- score tilrettelagt både i papirform og elektronisk, mener jeg dette er til god hjelp til forsvarlig medisinsk oppfølging.

Selv om Alert er en etablert arbeidsmetode har jeg i dette FoU-prosjektet lagt vekt på å involvere de ansatte i hvordan implementeringsprosessen skulle gjennomføres. Det var viktig for meg at de ansatte kunne få mulighet for tilstrekkelig informasjon og opplæring, slik at de var i stand til å utføre arbeidet i forhold til å ta i bruk arbeidsverktøyet Alert. De har selv fått uttale seg og kommet med egne tanker for betydningen av å tilegne seg ny fagkunnskap og å få tildelt større ansvarsområder. I arbeidsmiljøloven (2015) står det skrevet at arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakerens liv og integritet og verdighet ivaretas.

§ 4-2. *Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling* (Haavind, 2015, s. 59-61). Ved å ha dette som et grunnfundament i endringsprosesser, har jeg tro på at de ansatte er villig til å la det skje en endringsprosess i arbeidshverdagen. Et av målene i dette prosjektet var at endringer skulle skje sammen med de ansatte i demokratiske prosesser.

Donald Schön (1983) er mest kjent for sine studier av hvordan kvalifiserte medarbeidere tenker og handler i praksis. For Schön er *refleksjon-i-handling* en prosess der man umiddelbart reagerer på en situasjon eller et problem ved at man ut fra sitt kjennskap til det aktuelle feltet finner nye løsningsmuligheter. Refleksjon-i-handling kan også (hos Schön) omfatte den situasjonen der man midt i et handlingsforløp stopper opp, tenker seg om, finner ut hvordan man vil gå videre, for så å fortsette handlingen. (Illeris. 2012). Dette har vært viktig teori å ha med seg inn i dette implementeringsarbeidet. Denne tenkningen har vært hovedmålet ved innføringen med Alert som arbeidsverktøy. Der sykepleier eller legevakt opplevde å bli ringt etter for å hjelpe, har målet nå vært at fagarbeideren gjør egne vurderinger og om mulig setter i gang tiltak før de ringer etter hjelp. Dette har krevd refleksjon i handling gjennom denne utviklingsprosessen.

¹¹ Gerica: Kommunens elektroniske dokumentasjonssystem.

På den ene siden kan vi se på i dette prosjektet hvordan de ansatte i hjemmetjenesten utviklet seg og hva dette betød for forståelse av læring. På den andre siden var det også en utfordring å finne ut av hvordan jeg kunne få fagarbeideren til å reflektere over handlinger når det etter Schön's teorier først da refleksjonen er implementert inn i arbeidet at nye arbeidsmetoder går i rutine. Han fremhevet at det var viktig å utvikle kunnskap og teori i direkte kontakt med arbeidsplassen (Illeris, 2012). Viktigheten av dette har jeg hatt som mål å synliggjøre gjennom prosjektet.

Det kommer frem etter fagdag med de ansatte 27.05.16. at: «*Fagarbeiderne har blitt både flinkere og tryggere til å ta målinger*», og «*Vi har fått til gode veiledninger*». Dette er i tråd med Schöns (1983) teorier om refleksjon i handling hvor det stilles krav til egenrefleksjon, og utfordringer til faglig bevissthet i handlings- og læringssituasjonen. Aksjonene vi har utført i praksis for å implementere arbeidsverktøyet Alert synes å være i overensstemmelse med teorier som Schön beskriver. Her inngår tenkning, refleksjon, handling og læring i et nært innbyrdes samspill, hvor den enkelte funksjon ikke sees isolert, men står i sammenheng til mange forskjellige innsikter. Schön referer til den tause kunnskap som underbygger, eller begrunner handlingsvalget. Det er ekspertens, eller den kompetentes ”kunnskap-i-handling” som leder fram til handlingsvalgene, en kunnskap som det ikke er like lett å sette ord på, ”know-how” eller taus kunnskap. For dette implementeringsarbeidet har det vært et mål i seg selv at Alert med MEWS- score og ISBAR-kommunikasjon skulle bli et arbeidsverktøy som falt naturlig inn i arbeidsrutinene for alle fagarbeiderne. Da vi fikk tilbakemelding fra andre enheter i kommunen at de opplevde en forskjell på når fagarbeiderne fra vår sone ringte om dårlige pasienter i forhold til andre soner, var det et signal om at vi i stor grad hadde lyktes (s. 107). Sykepleier fra vår sone forteller på fokusgruppeintervju 10.1.2017, at: «*Vi presser fagarbeiderne litt, for å få de til å ta målinger*». Det har også vist seg at flere av fagarbeiderne gjerne har villet gjennomføre MEWS-score sammen for å kunne kontrollere hverandre. Dette viser at de har tatt arbeidet seriøst, at de har villet gjennomføre en god jobb og at de støtter hverandre i arbeidet. Det å få alle til å bli trygge på å bruke utstyret har vært en prosess over tid. Men det har vært en viktig prosess.

En nærmere bevissthet rundt forholdet kunnskap-i-handling, kan skje på to måter hevder (Schön, 1983). Ved å reflektere *over* handlingen, og å reflektere *under* handling. I det første tilfellet tenkes det tilbake på den utførte handling og gjennomgår handlingen og stiller spørsmål om hvilket utfall handlingen fikk; hvordan kunnskap-i-handling bidro til resultatet. Når vi reflekterer under handlingsforløpet, er det gjerne det vi tenker på som refleksjon-i-

handling. Da vi gjennomførte case-lunsjer i avdelingen tok vi av og til opp hendelser som hadde skjedd i det siste, hvor Alert ble benyttet eller burde ha blitt benyttet. Vi snakket oss igjennom hendelsen, øvde på målinger og reflekterte rundt opplevelsene. Jeg tror og håper dette resulterer i at fagarbeiderne starter opp med og oftere stopper opp for å *reflektere i handling* der de umiddelbart reagerer på en situasjon ut i fra gjenkjennelse og finner løsningsmuligheter der og da. Dette vil være en situasjon som Schön (1983) hevder betinger at fagarbeiderens handling, erfaring og refleksjon henger sammen. Refleksjon *over* handling, kan være med å bidra til å oppdage det uventede i situasjonen. Schön (1983) idealiserer disse to forholdene og holder dem til en viss grad atskilt. Han henviser gjerne til et inntruffet overraskelsesmoment når han forklarer refleksjon-i-handling som tvinger fram refleksjon der og da. Men graden av overraskelsesmoment kan være av en slik karakter at det allerede er fortolket. I dette FoU-prosjektet synes en nærmere forskjell å være av mindre interesse. Det som imidlertid er interessant, er fagarbeiderens kompetanseutvikling via egne og felles refleksjoner.

«Er MEWS det samme som Alert?» spurte en sykepleier på fokusgruppeintervju (10.1.17), der fem av kommunens hjemmetjenesters sykepleiere var til stede. Her kom det frem at det har skjedd liten endring i fordeling av arbeidsoppgaver mellom fagarbeidere og profesjonsutdannende flere steder i kommunen. Det oppleves at fagarbeidere fortsatt ringer til sykepleier når de opplever at pasienter er syke. «Hjelpepleierne har også fått opplæring i dette, men jeg tror ikke dem bruker det. De er veldig usikre på det». En av årsakene til dette mente deltagerne var at Alert fortsatt ikke var implementert i flere av sonene. De opplevde at flere fagarbeiderne var utrygge og ikke mestret disse arbeidsoppgavene. En annen sykepleier bekrefter videre at de ofte får telefoner fra fagarbeideren som sier: «Brukeren føler seg dårlig, de sier for eksempel at brukeren er svimmel og rar, eller at han ikke er sånn han pleier». De forteller videre at det har kommet en forespørsel om at: «hjelpepleierne gjerne ville ha en gjennomgang på Alert på nytt» fordi de føler seg utrygge på de forskjellige målingene. En annen årsak mente de at: «Arbeidslistene var så store og mange at fagarbeiderne ikke hadde tid til å utøve prinsippene ved Alert», og derfor overlot disse arbeidsoppgavene til sykepleierne fordi de var presset på tid. Sykepleierne på sin side sa: «Det var lettere å bare overta disse oppgavene slik at fagarbeiderne fikk reise videre for å fullføre listene sine». Det kom frem etter noe refleksjon at sykepleierne skulle bli flinkere til å ta målinger og vurderinger sammen med fagarbeiderne og heller tilby seg å ta over et oppdrag på listen deres. Om dette har jeg en forhåpning at de profesjonsutdannede også i andre soner ser

betydningen av arbeidsverktøyet- Alert. Ikke bare for å bruke fagkompetanse på rett sted til rett tid, men også med tanke på å få til en mer helhetlig sykepleie rundt pasientene, med fokus på forebygging og rett behandling til rett tid, etter samhandlingsreformens krav.

Sykepleier spiller inn på fokusgruppeintervju (10.1.17) at: «*Hos dem så har sykepleierne dette innabords, så de gjør det, men er uavhengig av å se på scoren på MEWS skjema*». «*Jeg vurderer og ringer legevakta når jeg kjenner at det er riktig*». Jeg ser på disse uttalelsene som en form for taus kunnskap. Utfordringen er å få implementert Alert prinsippene hos sykepleierne for så å få fagarbeiderne til å ta i bruk denne kompetansen. Taus kunnskap omhandler noe vi kan uten helt å kunne forklare det skriver Støten (2008). Vi lærer denne kunnskap gjennom å gjøre ting i praksis (Støten, 2008). I dette prosjektet kunne det for eksempel være at fagarbeideren fikk en varhet om at pasienten ble dårligere, denne varheten kunne gi seg utslag i endring i hudfarge, lukt, oppførsel eller lignende. Disse små forandringene som fagarbeideren observerte hos pasienten, kunne være nok til at hun iverksatte tiltak som hindret at pasienten ble ytterligere dårligere. Disse prinsippene var noen av målene med Alert-innføringen. «*Føre var*» prinsippet og taus kunnskap er viktig å inneha i dette arbeidet. Etter fagdag (27.5.2016) for aktuelle hjemmetjeneste sone skriver fagarbeiderne: «*Mer fokus på riktige observasjoner letter arbeidsmengden, samt at vi får til en raskere avklaring av pasientsituasjonen*».

For å oppnå mål om at fagarbeidere- og profesjonsutdannede kunne tilegne seg «taus kunnskap», var det nødvendig å tilføre både teori om påstandskunnskap- og fortrolighetskunnskap. Dette mener Støten (2008) er å utvikle kunnskap gjennom erfaringer. På Alert- kurs fikk deltagerne først en tre timers teoretisk forelesning, før de fikk tre timer med case og praktiske øvelser. Da fagarbeiderne tok med seg ny kunnskap og nye prosedyrer inn i arbeidshverdagen i hjemmebaserte tjenester, fikk gjentatt øvelsene og etter hvert ble mer og mer trygge på prosedyrene, nådde vi målet med det Støten (2008) kaller ferdighets-kunnskap.

Etter at disse tre elementene var gjennomført og det gikk automatikk i prosedyrene, kunne vi si at fagarbeiderne hadde tilegnet seg *taus kunnskap*. Det er en overdrivelse å si at *alle* fagarbeiderne har automatisert kunnskapen, men at et flertall nå er inne i fasen for ferdighetskunnskap, er jeg nå trygg på. Med dette mener jeg at de gjennom gjentatte øvelser som til slutt skal gjøre fagarbeiderne trygge på prosedyrene og egne ferdigheter.

For å komme i gang med en utviklingsprosess var det av betydning å få til en felles interesse blant ansattgruppen. En kollektiv problemdefinering med egenanalyse hevder Høst (2014) må til. En slik egenanalyse består av at de som omfattes av endringen selv analyserer situasjonen, og bidrar med forslag til løsning. Dette er å foretrekke, ikke bare på grunn av læringsaspektet for de ansatte, men også fordi det er de som kjenner organisasjonen og er derfor i best stand til å komme med gode og relevante forslag til løsning (Høst, 2014). «Å motivere til å være med å ta målinger», « tilby støtte ved målinger», «Være trygg på at hun spør etter veiledning» er noen av forslagene de ansatte hadde til tiltak for å trygge kollega i å ta i bruk MEWS- score og ISBAR- kommunikasjon. Betydningen av ansattmedvirkning i en helhetlig praksisnær opplæring, har vært av betydning for dette prosjektet. I vår sone var vi raske med å få alle fagarbeiderne gjennom Alert- kurs. Jeg opplevde at de ble motivert og engasjerte i etterkant, og det ble dermed lettere å motivere fagarbeiderne for videre utviklingsarbeid. Det at vi startet med case- problematikk relativt raskt, tror jeg var med på å visualisere hvor stor betydning dette arbeidsverktøyet hadde. Fagarbeiderne har bidratt mye til å endre arbeids-prosessen. For det første har sykepleierne fra tidlig start, veiledet, motivert og påvirket, fagarbeiderne til å jobbe selvstendig med og både gjennomføre målinger og kommunikasjon med annet helsepersonell. For det andre har fagarbeiderne selv bidratt med å veilede hverandre, ta målinger, både i normal- og akutt tilstand. For det andre kom det frem etter fremtidsverksted med Alert-team (09.2016) at det manglet et felles dokumentasjonsverktøy for objektive målinger, mellom kommunehelsetjenesten, fastleger og legevakt. Dette følges opp av faglig leder for ambulansetjenesten på fagdag i juni 2016. Han forteller at når de er ute og henter syke pasienter, foreligger det sjelden dokumentasjon om pasientens tilstand. Det meste foregår muntlig, og de etterspør om det kan opprettes skriftlig dokumentasjon som kan fremme samhandlingen. Etter disse etterspørslene fikk vi tilsendt ulike maler for hva som kan inneholde i «pasientens mapper», av Alert team. Sykepleierne har nå laget disse mappene, som vi siden har plassert hjemme hos hver og en bruker. Mappen består av MEWS-skjema med normal-score, medisinlister, diagnoser, brukerkort og skjema som skal fylles ut ved akutt sykdom. Det å lage mappe og få utført alle målingene har vært tidkrevende, men det har blitt gjort med den største omhu. Videre har fagarbeiderne bidratt på faglunsjer, personalmøter, fagdager, med egne logger og refleksjoner. Det kunne som Høst (2014) skriver, være en fare for at fagarbeiderne ble såkalt organisasjonsblinde. Det vil si at de kunne ta ting for gitt og ikke reflektere over hva som skjedde innen egen organisasjonsutvikling (Høst, 2014). Dermed har det vært viktig for meg som leder og holde pågangsmotet oppe gjennom prosjektet, og sørge for god arbeidsflyt og refleksjonsmuligheter.

I dette kapitlet har jeg belyst flere elementer som har vært med på å bidra til at fagarbeiderne har vært aktivt deltagende i kompetanseutvikling i hjemmebaserte tjenester, og hvordan dette har hatt betydning for den enkelte ansatt. For det første har vi sett at medvirkning i prosessene har vært viktig og at deltagerne har blitt tatt med inn i utviklingsprosessen, har hatt betydning for deres bidrag. For det andre har trygghet i avdelingen og anerkjennelse for arbeidet i prosessen vært av stor betydning. Dette gjelder både av meg som leder, så vel som fra andre helseinstitusjoner. For det tredje har det å implementere arbeidsoppgavene på en slik måte at man intuitivt reagerer med Shcöns (1983) *refleksjon i handling* under uforutsette hendelser vært nødvendig. Repetitive handlinger og øvelser har vært et stort fokusområde. Alt dette til sammen, har ført til at vi er på god vei, og at vi har fått til at de fleste av fagarbeiderne har tilegnet seg Støtens (2008) definisjon av *taus kunnskap*.

5.5. Hva har jeg som leder erfart ved å legge til rette for strukturelle endringer via kompetanse- og organisasjonsutvikling?

Studiens funn viser at lederens rolle er av betydning for endringsarbeid som kompetanse- og organisasjonsutvikling. Det fremkommer at dersom endringen skal lykkes kreves det at prosessen *ledes*. En stor del av ledelse handler om å skape oppslutning blant medarbeider hevder Jacobsen (2012). Høst følger opp med å skrive at fordi involvering er relatert til endringssuksess, er det viktig at leder legger til rette for involvering av medarbeidere (Høst, 2014). Senge's fem disipliner skaper en helhetsforståelse når man tenker endringskultur og demokrati, der han belyser betydningen for systemisk tenking, som omhandler relasjoner og gjensidig påvirkninger. Min forforståelse om dette før jeg igangsatte eventuelle endringsprosesser, var dermed av stor betydning for å kunne lykkes i dette prosjektet.

Det har vært avgjørende for meg å arbeide i demokratiske prosesser sammen med de ansatte i hjemmetjenestesonen. Det betyr at fagarbeiderne har fått lov til å innlemmes i endringsarbeidet, og med min intensjon, følt at de har blitt sett og hørt i prosessen. Jeg mener at jeg har hatt god nytte av min pedagogiske utdanning og erfaring som leder i gjennom endringsarbeidet. Høst (2014) hevder at man som leder bør være pedagog for sitt personale, som går ut på å kartlegge opplæringsbehov og tilrettelegge for utvikling og vekst (Høst, 2014). Mens Wenger (2004) på sin side beskriver at det er en dyp sammenheng mellom identitet og praksis. Utviklingen av en praksis krever dannelse i et fellesskap skriver han videre. Dannelse i et praksisfellesskap handler om forhandlinger med mennesker (Wenger 2004).

Ved å implementere Alert inn i enheten måtte jeg passe på å gjøre det med elementene i ovenstående kapittel i fokus. Som leder av hjemmebaserte tjenester har jeg bidratt til at fagarbeidere og sykepleiere har kommet på kurs for å lære om arbeidsverktøyet Alert. Dessuten har jeg som forsker gjort tiltak ved å prøve ut ulike metoder (kap. 4) for å implementere arbeidsverktøyet, inn i de daglige arbeidsrutinene i hjemmebaserte tjenester. Men det *har* også vært og *er* en utfordring i en hektisk hverdag, å finne tid og å huske på at dette arbeidet må gjøres. Som leder i hjemmetjeneste distrikt, ser jeg det er utfordringer i forhold til arbeidsmengden fagarbeiderne har, og det å utøve kompetanse-utvikling. Mye av ansvaret for å legge til rette for dette ligger på meg som leder. Derfor var det viktig at jeg også satte av tid for å fokusere på dette arbeidet. Noen uker har det gått i «glemmeboken», men da har jeg på ny måttet fokusere på å dra sonen inn igjen, ved å etterspørre målinger, resultater, tatt tema inn i fag-lunsjer og eventuelt gjennomført case- trening. Igjen bevitner dette at leders betydning for implementeringsarbeid er av betydning.

Som leder har jeg erfart at jeg blant annet har vært nødt til å tilrettelegge for at det var rett utstyr tilgjengelig på arbeidsplassen, samtidig som at det er min oppgave at de ansatte får både rett og kontinuerlig opplæring i bruken av dette. Høsts (2014) sine teorier om ledelse, står i samsvar med disse oppdagelsene. Han hevder at lederen skal vektlegge og velge ut de ansattes arbeidsoppgaver, utvikle rutiner for hvordan oppgavene skal løses, koordinere arbeidet og påse at alle gjør så god jobb som mulig. Dette gjorde jeg ved å være synlig i arbeidsmiljø, tok opp hendelser til diskusjon med de ansatte, «pushet» de ansatte til å benytte arbeidsverktøyet Alert, slik at det etter hvert gikk automatisk i prosessene, til de ansatte selv passet på hverandre for å få målinger utført.

Det står skrevet i arbeidsmiljøloven at arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal holdes løpende informert om systemer som nyttes ved planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke ved utformingen av dem (Haavind, 2015). Jeg opplevde og lærte at dette var en utfordring som måtte arbeides med kontinuerlig. I forhold til aktuelle FoU- prosjekt som omhandler arbeidsverktøyet Alert, har det vært viktig for meg å fokusere på at de ansatte har tatt del i både planleggingen av implementeringen, og at de har fått tid og mulighet til å sette seg inn i de ulike systemene for å kunne utvikle den rette kompetansen. Dette ble gjort med å ta opp arbeidet på felles møtearenaer, der de ansatte selv kunne komme med forslag og uttalelser om arbeidsmetoder og fremdrift for arbeidet.

Min førforståelse var at fagarbeiderne i kommunehelsetjenesten ikke fikk mulighet til å utnytte og ta i bruk sin hele og fulle yrkeskompetanse. Min opplevelse var at det var et profesjonsskille som gjorde at man ikke *utnyttet* all kompetanse som fantes og at det til tider ble arbeidet ineffektivt. I mitt arbeid som avdelingsleder i hjemmebaserte tjenester, består store deler av min arbeidshverdag seg på kontor. Jeg har personal- og pasientansvar, fagansvar, drift- og budsjettansvar. Men et av mine fokusområder som leder er allikevel at alle skal få lov og muligheten til å bidra med sin yrkeskunnskap inn i sitt arbeid. Jeg ønsker at de ansatte skal erfare og ha en «*vi-følelse*», og ikke oppleve begrensinger eller profesjonskamp i hverdagen. Gjennom dette FoU-prosjektet har jeg erfart at jeg som leder faktisk kan bidra til dette.

I dette avsnittet har jeg for det første kommet frem til at lederens betydning for å kunne gjennomføre kompetanse- og organisasjonsutvikling inn i en bedrift er av stor betydning. Funn gjennom dette prosjektet viser at i de avdelingene hvor leder ikke har vært engasjert i Alert- implementering, har utviklingen gått sakte, eller det oppleves som at det ikke har vært utvikling i det hele tatt. Jeg har også erfart at på grunn av mange gjøremål, og mange nye arbeidsverktøy som til en hver tid skal innføres i helsetjenesten, må man som leder prioritere hva man skal fokusere på. Det kan virke som at lederens valg for de ulikeimplementeringene, er det som avgjøre hvilket fokus de ansatte har. For det andre viser funn i teori og praksis, at ved å benytte demokratiske prosesser, påvirkes fagarbeiderne positivt til å bidra til endringer og utvikling av arbeidsoppgaver. God informasjon og inkludering fra oppstart av endringsarbeidet, bidro i dette FoU- prosjektet til å bli et vellykket prosjekt. For det tredje har god planlegging, det å selv være tidlig deltagende på kurs, innkjøp av utstyr samtidig med at fagarbeiderne gjennomførte Alert- kurs og struktur i gjennomføringsarbeidet vært avgjørende for å implementere Alert.

5.6. Metodediskusjon

Kapitlet vil gi metodiske refleksjoner knyttet til studiens styrker og svakheter knyttet opp mot relevant litteratur i forhold til reliabilitet, validitet og overførbarhet.

5.6.1. Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Begrepene overførbarhet, reliabilitet og validitet har innenfor den moderne samfunnsvitenskapen fått status som en *hellig og vitenskapelig treenighet* (Kvale, 2009). Innenfor kvalitativ forskning handler dette om å gjøre rede for og sikre at undersøkelsene er troverdige og at de funn som presenteres er til å stole på (Malterud, 2006).

Dette FoU- prosjektet tar for seg tema relatert til opplevelsene av endringsprosesser i hjemmebaserte tjenester i kommunehelsetjenesten. Fokuset har vært kompetanse- og organisasjonsutvikling med tanke på å møte krav i samhandlingsreformen (2012) ved å implementere arbeidsverktøyet Alert. Da både mennesker og organisasjoner er ulike vil dette påvirke om studien er generaliserbar eller overførbar. Det er da snakk om den eksterne overførbarheten, som viser til i hvilken grad funnene kan overføres til andre organisasjoner (Jacobsen, 2015). Kvalitative metoder og studiens funn kan avdekke spesielle forutsetninger for at arbeidet lykkes. En overføring fra utvalg til populasjon er imidlertid vanskeligere med en kvalitativ tilnærming fordi undersøkelsene ofte foregår i få enheter (Jacobsen, 2015). I denne studien er det vanskelig å påstå at utvalget er representativt for helsetjenesten i sin helhet. Det som imidlertid øker mulighetene for overføring, er at studien bygger på forskning i eget praksisfelt der arbeidsoppgavene er relativt like for de ulike sonene, som er bygd opp med samme struktur. Samtidig kan jeg ikke hevde at jeg har snakket med tilstrekkelig mange fagarbeidere til at funnene nødvendigvis er gjeldende for alle organisasjoner i kommunehelsetjenesten, men derimot kommet i dybden sammen med noen få. Kvalitativ forskning kan ikke etterprøves på samme måte som innenfor kvantitativ forskning (Kvale, 2009). Reliabilitet innenfor kvalitativ forskning peker i stor grad inn mot *forskeren selv* (Malterud, 2006) med fokus på gjennomføringsevne, erfaring, kunnskapsnivå, grundighet og ærlighet. Det er på denne måten resultatene kan belyses (Kvale, 2009).

For å ivareta og styrke studiens totale validitet har jeg som forsker i samarbeid med veileder stilt spørsmål ved og vurdert validitet på alle deler av undersøkelsen. Både hensikten med aksjonene, forarbeidet, studiens utvalg, intervjuguiden, transkribering, utførelsen av analyse og argumenter er diskutert og validert i samarbeid med andre forskere i veiledningsgruppa og sammen med veileder.

Valg av metode er utarbeidet etter hensikt og forskningsspørsmål. I forbindelse med gyldighet må man spørre om forskningen besvarer det spørsmålet den er ment å besvare. Med økt kunnskap om teori og tidligere forskning samt studiens funn og resultater, ble studiens problemstilling og forskningsspørsmål justert underveis i arbeidet. Flexibilitet er en av den kvalitative forskningsprosessens kjennetegn (Malterud, 2006), noe jeg som forsker i denne studien har erfart.

5.6.2 Aksjonsforskning som metode

Å benytte aksjonsforskning som metode har vært en god måte for å få til flere kilder for yrkeskunnskap i opplæringsøyemed. Det har vært en prosess som har gått over tid, og som dermed har fått lov til å utvikle seg til noe produktivt. Når en forsker i egen praksis innebærer det at man forsker med og ikke på. Pedagogisk aksjonsforskning kjennetegnes ved at det er en demokratisk prosess som bygger på forståelsen av virkeligheten (Hiim, 2010).

Aksjonsforskning har gjerne i sin oppstart en hypotese som skal utvikles, man har forståelse for tema som skal forskes på, man planlegger en aksjon, fortolker funn og utfra resultater som oppstår fremkommer nye behov for tiltak/aksjoner. I dette FoU-prosjektet har jeg forsøkt å gjøre aksjoner som kunne skape organisasjonsutvikling og kompetanseutvikling hos fagarbeiderne, hvor jeg selv har hatt en aktiv rolle for å få til en endringsprosess. Jeg har arbeidet med å samle inn og analysere data. Jeg forpliktet meg til å videreformidle resultater som kom frem, både til de ansatte som har vært med i dette prosjektet, og til ledere og kommunalsjefer i kommunen. Hensikten med dette prosjektet har vært å forbedre kvaliteten på tjenesten som tilbys i hjemmebaserte tjenester.

Aksjonsforskning som metode er en omfattende og krevende prosess, med de krav som stilles til den metodiske tilnærming og gjennomføring. Jeg har gjennom prosjektet søkt å følge krav til prinsippene i aksjonsforskning, som har betydning for undersøkelsens validitet (Hiim, 2010). Først og fremst er de demokratiske prosessene vektlagt. Aksjonene som er valgt, har kommet til underveis, som et resultat av allerede utførte aksjoner. Det er likevel mulig som i all forskning, at det har oppstått feilkilder eller at det er andre bakenforliggende forklaringer, enn det som fremkommer. Mulige feilkilder kan ha oppstått ved at jeg i tilstrekkelig grad ikke har klart å holde fast på den metodiske tilnærmingen. Eller om jeg ikke har fått frem, eller fortolket fullt ut de utsagn som er gitt. Det er også en mulighet at jeg ikke har vektlagt gitt informasjon, eller i vurdert dens kontekstuelle ramme i rett betydning. Mulige feilkilder i dokumentanalysen kan ha vært at jeg har oversett et aktuelt dokument i det omfattende materiale som politiske saker utgjør, eller at jeg ikke har sett betydningen av utsagn satt inn i den aktuelle kontekst. Jeg har så langt det har latt seg gjøre, lest og tolket funn så nøytralt som mulig. Aksjoner som ble laget og litteratur som ble lest, ble vurdert og plukket ut etter oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

Ulike pedagoger og teoretikere har fremmet kritikk mot denne type forskning. Et moment Hiim (2010) har hentet frem er at aksjonsforskning kan ha en tendens til å forholde seg til et for ensidig mikronivå. Begrunnelsen for dette er at aksjonene foregår i praksisfeltet på egen

arbeidsplass. På grunn av denne måten å gjennomføre forskningen på, hevdes det at den har liten overføringsverdi til andre arenaer i samfunnet. Dette mener jeg at jeg kan motbevise gjennom dette FoU- prosjektet. Gjennom forskningen har jeg erfart at selv om aksjonene har foregått i et begrenset område og med et visst antall deltakere, har det ført til positive kompetanse- og organisasjonsutviklende konsekvenser. Jeg har forsket sammen med en gruppe fagarbeidere og profesjonsutdannede. Jeg ville se om denne typen forskning bidro til å utvikle yrkeskompetansen i hjemmebaserte tjenester og hvilken betydning denne utviklingen eventuelt ville få for organisasjonen. Samarbeidet med mine kollegaer og for meg som leder var også av betydning. Det var vesentlig å vurdere om dette prosjektets funn kunne ha betydning for andre innenfor samme fagfelt. I løpet av aksjonsforskningsprosjektet opplevde vi positiv respons fra andre hjemmetjenestesoner og Alert-team som var interessert i prosjektet. Jeg har også kommet i kontakt med en masterstudent fra en annen høyskole og kommune, som forsker på MEWS. I juni skal jeg holde innlegg på nettverksmøte for Alert-kontaktene, og jeg har blitt spurt om å holde et innlegg for lederne i egen kommune. Dette mener jeg synliggjør hvor stor betydning en slik forskning kan ha. Selv om den har foregått i et begrenset miljø, kan den allikevel være av allmenn interesse og for samfunnet generelt.

5.6.3. Makt

Når en forsker i egen praksis innebærer det at en forsker *sammen med* og ikke *på* de ansatte. Det var viktig for meg å ta med alle berørte parter i planleggingen av aksjonene, slik at de ble forberedt på oppgavene som skulle gjøres. Dette FoU-prosjektet kunne ikke blitt gjennomført uten et godt samarbeid med fagarbeidere i hjemmebaserte tjenester i aktuelle sone samt andre kollegaer i kommunehelsetjenesten. Dette samarbeidet gjorde at intensjonene lettere kunne realiseres. Dette står i samsvar med Irgens (2011) teorier om samarbeid. I oppstarten av prosjektet var jeg opptatt av hvordan jeg kunne ivareta de demokratiske prosessene, og hvordan jeg kunne besørge dette på en profesjonell måte, der fokuset ville være på makt- og validitetsbegrepet. Det var flere årsaker til dette fokuset. Først og fremst skulle jeg forske i egen bedrift, der jeg var leder. For det andre har det fremkommet kritikk i forhold til maktbegrepet i aksjonsforskning. Et sentralt spørsmål har vært hvordan man kan gjennomføre et forskningsprosjekt der man selv både deltar og har avgjørende beslutningsmyndighet? (Hiim, 2010). I overført betydning synliggjøres her lederens makt, som man innehar i kraft av sin rolle som leder. Kritikerne stiller spørsmål ved om denne makten lar seg forene med det å utøve en forskningsmetode der en forsker sammen med deltagerne, og ikke på dem. I dette prosjektet har jeg benyttet meg av flere typer aksjonsforskning. Den kritisk utopiske, i form

av fremtidsverksted, gruppearbeid med IGP som metode, samt en mer pedagogisk form for problemløsende arbeid, her med case- trening, refleksjon og logg. I etterkant sitter jeg igjen med mange interessante opplevelser. Under de ulike gjennomføringene fikk jeg en opplevelse av makt og demokratiske prosesser ulikt i forhold til hvilken aksjonsform som ble benyttet. I fremtidsverksted med Alert-team på legevakt opplevde jeg gode demokratiske prosesser. Jeg tror jeg fikk gjennom denne aksjonen min på grunn av at jeg satt i en lederrolle. Det å få med høyt utdannede profesjonsutdannede på så kort varsel mener jeg står i sammenheng med min kontakt med deres enhetsleder og meg som leder og forsker. Under fremtidsverkstedet var sykepleiere og lege ivrige, engasjerte og motiverte. Fordi det bare var tre deltagere opplevde jeg her å forske sammen med sykepleiere og lege, med liten form for makt underveis, annet enn at jeg følte meg respektert og at jeg ble tatt på alvor.

I case-trening var det mange ansatte som ga tydelig uttrykk for at de ikke ville spille en rolle i rollespill. Dermed ble treningen ofte til at fagarbeiderne utførte målinger på hverandre som en øvelse i stede for rollespill. Her ville jeg ikke utøve makt og presse inn noe som fagarbeiderne var i mot eller følte ubehagelig.

Når det gjaldt loggføring kunne det virke som at fagarbeiderne var redde for å levere logg etter hendelser som ikke gikk som de skulle, i redsel for å skuffe meg. De loggene jeg fikk tildelt var ofte de casene der allting hadde gått etter planen, målinger var tatt og kommunikasjonen med andre helseinstanser hadde foregått på en ønsket måte. Dette diskuterte jeg med veileder, og vi kom frem til at en årsak til dette kunne være nettopp at maktforholdet leder – forsker kom til uttrykk.

På fagdag med alle ansatte 27.5.2016 benyttet jeg gruppearbeid med IGP som metode. Opplevelsen i forhold til maktbruk jeg sitter igjen med her er noe annerledes. Her ble min rolle mer som kursholder, en form for lærer. Dermed kom maktbegrepet mer tydelig frem, selv om jeg var opptatt av å ivareta de demokratiske prosessene. Selv om jeg fikk mange gode tilbakemeldinger på fagdagen fikk jeg også en kommentar som sa «*Du må da være ferdig med denna masteren din nå, nå som vi har hjelpt deg med å skrive hele masteren*». Denne uttalelsen var med på å underbygge at fordi jeg var leder på samme sted som jeg forsket, kunne jeg gjennomføre en fagdag som omhandlet Alert. Fordi de ansatte skrev under på at de var villig å være med på et forskningsprosjekt, fikk jeg nok ikke tydelig nok frem, at en slik fagdag ville blitt gjennomført selv uten min forskning. Målet var først og fremst å arbeide med metoder for å kunne implementere arbeidsverktøyet Alert, med fokus på demokratiske prosesser.

Det er interessant å se på maktprinsippet i forhold til kunnskap. Som leder innehar jeg makt i forhold til min profesjon. Kunne dette prege min rolle som forsker og ville jeg få svar som ikke var preget av at jeg var lederen til de jeg forsket sammen med? Pedagogisk aksjonsforskning krever økt bevissthet fra meg som forsker, det var viktig at jeg fokuserte på å ikke forske *på* den ansatte, men sammen med som et utviklingsprosess for organisasjonen. Jeg mener jeg har klart å vise gjennom dette prosjektet at jeg har fått til dette, med de metodene jeg har valgt å ta i bruk. Jeg vil også legge vekt på at om jeg ikke hadde hatt den makten som jeg innehar som leder, tror jeg hele dette FoU- prosjektet, i bunn og grunn ville vært vanskelig å få gjennomslag for, og gjennomføre.

5.7. Oppsummering og avsluttende refleksjoner.

Jeg *har* erfart at det nytter. Det nytter å engasjere seg og det nytter å involvere seg. Som leder har jeg lært gjennom dette prosjektet at det opplevdes som at jeg hadde mye makt i forhold til om innføringen av Alert i hjemmetjenesteseen skulle lykkes eller ikke. Jeg opplevde at de ansatte var engasjert, hvis de ble instruert og pushet.

Det viser seg at fagarbeiderne nå i stor grad kobler Alert som faglig læringsutbytte for selve kompetanseutviklingen. Mange av fagarbeiderne vektlegger riktig utstyr, god opplæring, trygghet for å ta målinger og videreformidle disse som en viktig forutsetning for å oppnå et godt faglig utbytte. Med henblikk på dette tolker jeg svarene fra aksjonene dit hen at arbeids- og læringsmiljøet som fagarbeiderne fikk ta del i, og deres samarbeid med andre fagarbeidere og sykepleiere, vurderes som avgjørende med tanke på det faglige læringsutbytte de oppnådde. Dette støttes av flere teoretikere innen sosiokulturell læringsteori, der mennesker lærer seg å samarbeide med andre innenfor de sosiale praksisene de er en del av.

Det er altså forståelig at mål og intensjon med å innføre Alert inn i kommunenes helsetjenester bygger på samhandlingsreformens intensjoner og setter fokus på den faglige kompetanse- og organisasjonsutvikling. Dette representerer den organiserte læringen, slik intensjonen var. Samtidig oppleves det som et gap mellom intensjon og de funn som framkommer i FoU-prosjektet. Fagarbeidernes og de profesjonsutdannedes erfaringer bygger i sterk grad på hvor godt hver helsetjeneste har klart å implementere arbeidsverktøyet Alert. Læringsutbytte i kraft av MEWS-score og ISBAR- kommunikasjon ser ut til å avhenge av lederens drivkraft for arbeidet, slik også noe av revisjonen av samhandlingsreformen sier noe om. Man kan derfor stille seg spørsmål om man i kommunehelsetjenesten ved å ta i bruk nye arbeidsverktøy, i for stor grad fokuserer på selve verktøyet, og ikke er flinke nok til å fokusere

på langvarige metoder for å implementere det faglige inn i arbeidshverdagen. Anerkjennelse for de som gjør en stor innsats og utøver en forskjell viser denne undersøkelsen at bare kommer fra de profesjonsutdannede i andre tjenestesoner, men ikke fra andre ledere eller toppledelsen.

Jeg deltok på helse- og omsorgskonferansen i november 2016. Som nevnt tidligere var et av hovedtemaene evaluering av samhandlingsreformen. Her ble det fokusert mye på kompetanseutvikling og at helsepersonell var for lite flinke til å ta etter- og videreutdannelser. Det var nesten bare fokus på sykepleiere og mastergradsutdanninger. Det var lite eller ingen fokus på helsefagarbeidere og hjelpepleiere. Høyskoler var bedt inn til konferansen, men ingen videregående skoler, heller ikke utdanningsdirektoratet. Jeg sendte mail til kontakt hos fylkesmannen som sto ansvarlig for dette kurset. Jeg presenterte meg, fortalte om mastergradsprosjektet mitt og la frem spørsmålet om hvorfor ikke utdanningsetater som videregående skoler var med på konferansen. Jeg fikk tilbakemelding om at denne konferansen var for ledere og ikke for utdanningsinstitusjoner. Men til stede var høyskolelektorer og professorer. Dette syns jeg var spesielt og mener å kunne være grunnlag for videre drøfting. Hva kommer det av at forskere, stortingspolitikere og andre faggrupper knyttet til dette evalueringsarbeidet ikke mener det er viktig å satse på *alt* helsepersonell? I Stortingsmelding (St.Meld.47.2008-2009) står det at en framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politisk utforming med hensyn til fagutvikling og kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. I samhandlingsreformen legges det vekt på at den forventede veksten for samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunen (St.Meld.47.2008-2009). Det gis en beskrivelse og drøftelse av oppgaver som er å betrakte som en oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne stortingsmeldingen. Videre i reformen står det skrevet at som ledd i denne gjennomføringen vil både dagens utdannings- og forskningssystem bli gjennomgått med sikte på at disse i større grad skal understøtte de kommunale oppgavene. Hvorvidt dette blir gjennomført kan diskuteres i et samfunnsperspektiv, men at implementering av Alert er et ledd i denne prosessen kan bekreftes som en god utvikling.

6.0. Konklusjon

Problemstillingen for dette forsknings- og utviklingsprosjektet var:

Hvordan kan jeg som leder bidra til helhetlig og praksisnær kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester- og dermed møte krav i samhandlingsreformen rettet mot endringsorientert ledelse?

Jeg har valgt å avgrense undersøkelsen ved å ta utgangspunkt i kun *en* hjemmetjeneste-sone og dens fagarbeidere, sett i lys av kompetanse- og organisasjonsutvikling rettet mot endringsorientert ledelse. For å konkretisere arbeidet har jeg valgt å implementere arbeidsverktøyet Alert, med tanke på å kunne møte krav i samhandlingsreformen. På bakgrunn av analyse og drøfting har jeg konkludert med følgende av forskningens hovedfunn:

- Graden av kompetanseutvikling avhenger i stor grad av hvor godt man får til å implementere nye arbeidsverktøy og rutiner inn i avdelingen. Funnene viser at det er helt avgjørende for i hvilken grad fagarbeiderne opplever relevans i den praktiske opplæringen, at lederens engasjement for organisasjonsutvikling avhenger av gode forberedelser og medvirkning i prosessen.

Det viser seg at strukturelle endringer krever gode forberedelser, først og fremst av lederens føringer og engasjement. Det blir derfor viktig å prioritere forberedelse, dersom tjenestesonene velger å implementere nye arbeidsverktøy og endringer av arbeidsrutiner. Det jeg i etterkant ser kunne vært heldig i arbeidet med innføring av Alert i vår kommune, var om alle lederne i helsetjenesten var på kurs *før* fagarbeiderne. Med dette kunne lederne få et større eierforhold til konseptet og på denne måten bli mer engasjert i implementeringsarbeidet. Det at fagarbeiderne er informert og involvert helt fra starten er også avgjørende. Jeg er enig med Senge (1999), da han hevder at folk ikke er imot endring, men de har imot å bli endret. Med dette i tankene opplevde jeg at medvirkning med demokratiske prosesser var viktig for at vi lyktes med dette arbeidet. Konklusjonen er at å implementere nye rutiner og arbeide med kompetanse- og organisasjonsutvikling internt i bedrift, krever kontinuerlig arbeid. Det har vært viktig å ha et tydelig mål og en god plan. Refleksjoner og logger underveis har vært uvurderlig. Som leder bør jeg hele tiden være på «alert'n» for å minne på og motivere for bruken av verktøyet. At leder er involvert og interessert, viser funn er av stor betydning.

Som leder har jeg måttet tilrettelegge for at det har vært rett utstyr tilgjengelig på arbeidsplassen. Det har vært min oppgave at de ansatte har fått både rett og kontinuerlig

opplæring i bruken av dette. Det har vært artig og jobbe med dette, men det har også vært en utfordring i en hektisk hverdag å finne tid og å huske på, at dette arbeidet måtte gjøres. Videre funn viser at:

- Kompetanse- og organisasjonsutvikling er komplekst. Dette FoU- prosjektet omhandlet å flytte læringsarenaen inn på egen arbeidsplass, den faglige delen av læringsutbytte som først og fremst knyttes til arbeidsverktøyet Alert og samhandlingsreformens krav, skulle i hovedsak foregå i tidsrommet av en vakt, der personalet jobbet i turnus. Det å finne metoder som møtte alle de ansatte var en utfordring. Funn viste at å lage fagdager der vi fikk mange av medarbeiderne med, var en god metode. De ansatte ga uttrykk for at de ønsket flere fagdager. Case lunsj, med repeterende case, viste seg også å treffe flere av de ansatte over tid.

Funn har vist at dette arbeidet har gitt et positivt læringsutbytte for fagarbeiderne. Først og fremst i kraft av at faglig læringsutbytte er forankret i arbeidsverktøyet Alert, men like viktig synes å være selve konteksten eller læringsmiljøet sammen med kollegaer i hjemmetjenestesonen. Tverrfaglighet i opplæring framstår som vesentlig, fordi når profesjoner jobber sammen om et prosjekt, gir det en god innsikt i de ulike yrkesgruppers funksjons- og ansvarsområde, og bidrar til støtte og samhold i arbeidshverdagen. Videre har bruk av tverrfaglig sammensatt undervisning vært fruktbart i forhold til samhandling og kommunikasjon. Som en konsekvens av dette, styrkes fagarbeiderens fagforståelse og samhandlingsevne gjennom praktisk trening. Arbeidet har vært i tråd med samhandlingsreformens intensjoner om at kommunehelsetjenesten må styrke sin kompetanse, både i forebyggende arbeid, tidlig identifisering av sykdomsutvikling og samhandling med andre tjenesteinstanser. Hjemmetjenestesonen dette prosjektet omhandler får mye ros av andre helsetjenestesoner for hvordan vi har klart å implementere Alert- verktøyet inn i avdelingen. Det krever allikevel en kontinuerlig innsats for å holde fokuset ved like. Dessuten viser viktige funn at:

- Fagarbeiderne har gitt uttrykk for at de i stor grad har opplevd faglig vekst, mestring og utvikling gjennom deltagelse av dette FoU- prosjektet, der hovedmål har vært kompetanse- og organisasjonsutvikling. Funn avdekker flere læringsøyeblikk som har gitt fagarbeiderne personlig mestring både i direkte pasientsituasjoner og utenom. Noen av fagarbeiderne har gitt uttrykk for at de har måttet utfordre seg selv med benyttelse av både MEWS-score og ikke minst ISBAR- kommunikasjon.

De ansatte har måttet innrette seg og bidra for fellesskapet både innad i pasientsituasjoner, men også som en del av et læringsfellesskap. Et sentralt funn i denne studien er at også kompetanseutvikling innad på egen arbeidsplass er en arena for inspirasjon og vekst for personalet. Funn viser at bruk av case-lunsj med refleksjon styrket opplevelsen av trygghet og støtte, samt at deltakelse i utviklingsarbeidet har gitt opplevelse av anerkjennelse og mestring i hverdagen. Dette har bidratt til opplevelse av økt trygghet i utøvelse av riktig tiltak i akutte situasjoner. På denne måten oppleves læringsutbytte som mer helhetlig.

6.1. Veien videre

Målet med kompetanse- og organisasjonsutvikling i hjemmebaserte tjenester var for å møte krav satt i samhandlingsreformen (2008- 2009). Slik vi har sett gjennom den sentrale målstyringen, peker den i retning av økt fokus på kompetanse innen kommunehelsetjenestens ansatte.

I tillegg poengteres samhandling på tvers av helsetjenestene. Til grunn for dette, finner vi et overordnet mål om økonomisk utvikling i helsetjenestene i Norge. Grunnet en kraftig vekst av de eldste eldre som vil ha behov for flere helsetjenester enn vi har profesjonsutdannede til å betjene, er det et ønske om at helsetjenesten flyttes i størst mulig grad over i primærhelsetjenesten. Dette anses som et virkemiddel i dagens politikk for å motvirke utfordringene vi står overfor. I mine øyne har kommunehelsetjenestens fagarbeidere og profesjonsutdannede forutsetninger for å mestre store deler av denne utfordringen, men det må legges til rette for både kompetanse- og organisasjonsutvikling for å kunne nå disse mål. I kommunen jeg er ansatt i, har det i det siste året vært et stort fokus på å bygge opp en kompetanseutviklende enhet. Det er opprettet prosjektstillinger for kompetanseutvikling, og det er nå utlyst en fast stilling for Fag- og gjennomføringskoordinator, USHT (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester). Videre har det vært og er en satsning på etterutdannelser for fagarbeidere som vil ta videreutdanning i fagskoler der vi har fått eksterne foreleser til å komme hit til kommunen, i stede for at fagarbeiderne må reise av gårde for å kunne gå på skole. Undervisningen blir samkjørt med vakter på arbeidstedet, slik at det ikke skal gå ut over bemanningen i avdelingen. Flere sykepleiere er tilbudt økonomisk støtte og gevinst for mastergrad-studier, og fagarbeidere som er ansatt i kommunen, får stipend for å gå på sykepleierskole. Det er i tillegg ansatt lærlingkoordinator i 100 % stilling. Dette er en god og positiv utvikling og jeg mener dette møter de krav som samhandlingsreformen etterspør.

Kommunehelsetjenesten dette prosjektet omhandler kan dermed ha et stort potensiale for å utvikles. Tiltakene som nå er gjennomført kan være med å bidra til at både fagarbeidere og profesjonsutdannede vil kunne oppleve en mer helhetlig læring, hvor også sosial læring og personlig utvikling vektlegges. Dette vil ha betydning for mine egne funn som er avdekket, at kommunen selv kan bidra til en forbedret praksis

Det er fristende å skulle foreslå videre forskning innenfor tema dette FoU- prosjektet omhandler. Her finner jeg et potensiale gjennom en "utnyttet" læringsverdi som ville vært interessant å kunne "systematisere" på lik linje med den faglige og organiserte læringen. I dette ligger det en oppfordring om at lokal kompetanse- og organisasjons utvikling med ledernes innsats som bør utvikles og anerkjennes i langt sterkere grad enn i dag. Da det kan virke som at avdelingsledernes «*hoved gjeskjeft*» i dag er å leie inn vakter, og påse at det er nok ansatte på jobb 24/7. «*Jeg er helt sikker på at jeg bruker 70 % av tiden min på å sitte med vakt-bok*» (Uttalelse fra avdelingsleder, 2016).

Et år etter intervjuet med Alert-team har også andre soner i min kommune startet med å handle inn Alert sekker. Det er en opplevelse av at ting går i riktig retning.

Litteraturliste

- Amble, N. og Gjerberg, E. (2007). *Hjerte, hode, hender. Et refleksjonsverktøy for mestring i pleie- og omsorgstjenesten*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet AS og Sosial- og helsedirektoratet.
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1978). *Organizational learning : a theory of action perspective*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Bass, B.M. og Avolio, B.J. 1994. Introduction, i B.M. Bass, B.J. Avolio red. "Improving organizational effectiveness through transformational leadership". Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bass, B.M. og Riggio, R.E. 2006. "Transformational Leadership". (2. utgave). East Sussex, UK / New York, NY: Psychology Press.
- Brinchmann, B.S., Holm, S.G., & Sæterstrand, T. M. (2015). "Hjemmesykepleiepraksis, hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis». *Klinisk sykepleie* nr.1 2015. Hentet fra: [http://www.academia.edu/12162662/Hjemmesykepleiepraksis. Hvordan ny organisering av helsetjenesten påvirker sykepleiepraksis](http://www.academia.edu/12162662/Hjemmesykepleiepraksis._Hvordan_ny_organisering_av_helsetjenesten_p%C3%A5virker_sykepleiepraksis). (Lastet ned: 01.2016)
- Dalland, O. (2000). «Metode og oppgaveskriving for studenter». Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eklund, T. (2007). «Yrkesdidaktikk for grunnutdanning i helse- og sosialfag». Oslo: Gyldendal.
- Forskningsrådet. 2016. «Evaluering av samhandlingsreformen» www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata. 2016. (Lastet ned 09.2016).
- Grønmo, S. (2011). «Samfunnsvitenskapelige metoder». Bergen: Fagbokforlaget
- Haavind, H. (2015). *Ansattes "faglige" integritet og arbeidsmiljøloven §4-3*. Meninger/Fag/Debat. Juristkontakt 6.
- Hartviksen, M., & Kversøy, K, S. (2008). «Samarbeid og konflikt – to sider av samme sak». Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsebiblioteket. (2017) «Definisjon på palliasjon». Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>. (11.04.17. kl: 14:17).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). «Samhandlingsreformen; rett behandling – på rett sted – til rett tid». St. meld. nr .47 (2008 – 2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m. v av 2. Juli 1999 nr 64*.
- Hemil, T. L. (2013). «Viktige forutsetninger for god implementering». Bergen: Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen (<http://www.sshf.no/SiteCollectionDocuments/Gunder/Gunder%201113/Torill%20Lasen-Prinsipper%20og%20strategier%20for%20implementering%20PDF.pdf>). (Lastet ned: 2016).
- Hiim, H. (2010). «Pedagogisk aksjonsforskning». Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hiim, H., Hippe, E. (2001). «Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere». Oslo: Gyldendal akademisk
- Hippe, E., Keeping, D., & Hiim, H. (1998). "Undervisningsplanlegging for yrkeslærere" (2. utg ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Howell J.M. og Avolio B.J. 1993. "Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation". Key predictors consolidated-business-unit performance, *Journal of Applied Psychology* 78.
- Høst, Tor. 2014. "Ledelse i helse- og sosialsektoren". 3. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.

- Idebanken. (2016). «IGP som metode». Hentet fra: <http://www.idebanken.org/kloke-grep/skap-engasjement-med-igp-metoden>. 2016
- Illeris, K. (2012). «*Læring*». Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Illeris, K. (2012). «*49 tekster om læring*». Frederiksberg: Samfunnslitteratur.
- Irgens, E.J. (2011). «*Dynamiske og lærende organisasjoner*». Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Innbjør, H. & Kleivland, J. (2007). «*Operativ lederskap*». Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jacobsen, D. I. (2012). «*Organisasjonsendringer og endringsledelse*». Bergen: Fagbokforlaget Klev, R. & Levin, M. (2009). «*Forandring som praksis*». Bergen: Fagbokforlaget
- Krisitansen, T. G. (2007). «*Hvordan oppleves praksisåret som læringsarena - Kan man lære av- og i praksis?*» (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Lillehammer) Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/174736>
- Kvale, S. (2009). «*Det kvalitative forskningsintervju*». Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). «*Det kvalitative forskningsintervju*» (2.utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Lovdata. (2026). «*Arbeidsmiljøloven*». Hentet fra: (https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4#§4-2).
- Malterud, K. (2006). «*Kvalitative metoder i medisinsk forskning*». Oslo: Universitetsforlaget.
- McNiff, J. (2010). «*Action research for professional development*». Dorset: September Books.
- Nilsen, S. E., & Haaland, G. (2008). «*Læring gjennom praksis :innhold og arbeidsmåtar i yrkesopplæringen*». Oslo: PEDLEX norsk skoleinformasjon.
- Norheim, N.M. (2013). «*Bærekraftig utvikling i frisørfaget*». (Mastergradsavhandling, Hioa) Hentet fra: https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/1797/2/norheim_mayp_2013.pdf
- Riksrevisjonen. (2016). «*Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*» (2016) <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/20152016/Samhandlingsreformen.pdf> (Lastet ned: 09.2016)
- Samfunnsspeilet. 2015. «*Stadig meir hjelp til dem under 67*». Hentet fra: (https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/242848?_ts=15065287e20). (Lastet ned: 2016)
- Schön, D. (1983). «*The reflective practitioner*». New York: Basic Book.
- Senge, P. (1999). «*Den femte disiplin*» (3.utg). Oslo: Egmont hjemmets bokforlag.
- Sosial – og helsedirektoratet (2005). «*... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring I Sosial- og helsetjenesten*» (2005 – 2015). Oslo: Sosialog helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-betere-skal-det-bli-nasjonalt-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf> (Lastet ned: 19.03.17)
- Store Norske leksikon, (2010). <http://www.snl.no/.kompetanse> (Lastet ned: 27.12.2016)
- St. meld. Nr. 47. (2008- 2009). «*Samhandlingsreformen; rett behandling- på rett sted- til rett tid*».
- Støten, K. (2008). «*Yrkeskunnskap og utdanningsstrategier i helsearbeiderfag*». Oslo: Gyldendal akademisk.

- Sykepleien. (2016). «Tryggere med mobil intensivsykepleier». (<https://sykepleien.no/en/node/56524>, 2016)
- Therkelsen, H. (2013). «Vi er uforberedt på eldrebølgen». <http://www.dagsavisen.no/innenriks/vi-er-uforberedt-pa-eldrebolgen-1.295955>
- Thornquist, E. (2003). «Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteorier for helsefag». Bergen: Fagbokforlaget.
- Lovdata. (2017). «Kapittel 8. Dokumentasjonsplikt». Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#§46 (Lest: 18.01.2017. kl:23:03)
- Utdanningsdirektoratet. (2006). «Læring og trivsel». Hentet fra: <http://www.udir.no/laring-og-trivsel/lareplanverket/ansvar-for-arbeid-med-lareplaner/> (Lest: 2016)
- Vike, H. (2016). «Omsorgens frihet». Halvard Vike; Jonas Debesay & Heidi Haukelien (red.), «Tilbakeblikk på velferdsstaten. Politikk, styring og tjenester». Gyldendal Akademiske. ISBN 9788205464476. Kapittel 9. s. 193-210. (Lastet ned fra nettet: 2017)

Vedlegg:

<u>Vedlegg 1: NSD</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Vedlegg 2. MEWS-score og ISBAR- kommunikasjon</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Vedlegg 3: Resultat etter fremtidsverksted med Alert-team, legevakta:</u> .	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Vedlegg 4: Kurs i Alert</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Vedlegg 5: Logg for ansatte</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Vedlegg 6: Resultater fagdag med IGP</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Tiltak for å få Gudrun tryggere i sitt arbeid med Alert:</u> .	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Vedlegg 7: Felles fagdag Alert</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Vedlegg 8. Fokusgruppe- intervju</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<u>Vedlegg 9: Casetrening.</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.

Vedlegg 1: NSD- prosjektnummer 48525.



Eva Schwencke
Institutt for yrkesfaglærerutdanning Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 30.05.2016 Vår ref: 48525 / 3 / BGH Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering,

skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74
Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: May Brith Bentzen Korgerud may.brith.b.korgerud@ringerike.kommune.no

*48525 Endringsorientert ledelse og kompetanseutvikling
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Eva Schwencke*

Student May Brith Bentzen Korgerud

Kjersti Haugstvedt
Belinda Gloppen Helle

Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48525

I telefonsamtale med student (30.05.16) er det avklart at det ikke behandles personopplysninger i prosjektet og at det derfor faller utenfor meldeplikten.

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes

manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Vedlegg 2. MEWS-score og ISBAR- kommunikasjon

MEWS – score er et verktøy som skal benyttes når målinger tas av syk person. Målingene er Respirasjonsfrekvens, Puls, Blodtrykk, Temperatur og om personen er ved bevissthet- klar og orientert. Ut fra resultat gir dette kortet deg instruksjon om hvordan du skal opptre videre.

Modified Early Warning Score (MEWS)							
Score	3	2	1	0	1	2	3
Resp. frekv.		<9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Puls/min		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Sys t. BT	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Temp °C		≤ 35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5	> 38,5	
CNS			Nytilkommen forvirring	Klar og orientert	Reagerer på tiltale	Reagerer på smerte	Reagerer ikke
Urin	0 ml/t	< 20 ml/t	< 35 ml/t		Stor urinprod.		

Om personalet har en alvorlig uro over hvordan pasientens tilstand utvikler seg, eller om SaO₂ akutt endres til < 90 % med O₂ (gitt etter avdelingens rutiner for oksygenbehandling) → Kontakt intensiv ved MEWS > 4 calling nr: 26915

Figur 8. Bilde av Mews-skjema med score. Hentet fra:(<https://sykepleien.no/en/node/56524>, 2016). Copyright 2016. Gjengitt med tillatelse

ISBAR – er et kommunikasjonsverktøy for samhandling helseinstanser seg i mellom. Her følger en introduksjon om hva helsepersonellet skal ha klart og hvordan de skal kommunisere med annet helsepersonell da de ringer inn en syk person for eksempel til legevakt eller AMK.

ABCDE – Observasjon av pasienter og tiltak	ISBAR – Kommunikasjon om pasienter
A Airway Fri luftvei? ► Kjevetak, oksygen, stabilt sideleie, sug i luftveier	I Identifikasjon Presenter deg, din funksjon og arbeidssted. Presenter pasientens navn og fødselsnummer.
B Breathing Respirasjonsfrekvens? SaO ₂ ? Respirasjonslyder? ► Evt. assistert ventilasjon med pocketmaske	S Situasjon «Jeg ringer fordi ...» «Jeg har målt disse verdiene: BT, puls, resp.fr» (MEWS)
C Circulaton BT? Perifere/sentrale pulser? Hjerterefrekvens? Kapillær etterfylling innen 2 sekunder? ► 1–2 gode veneffloner. Evt. Væskebolus, Ringer	B Bakgrunn Diagnose(r) Kort referat fra aktuell sykehistorie
D Disability Bevissthetsnivå? Pupillestørrelse? Blodsukker? ► Evt. gi glucose. Evt. stabilt sideleie	A Analyse «Jeg er bekymret» «Pasienten er forverret ...» «Pasienten er ustabil ...» «Jeg tror problemet er ...»
Exposure Temperatur? Fullstendig kroppsundersøkelse ► Tiltak etter omstendighetene	R Råd «Hva synes du jeg skal gjøre ...?» «Hva mener du jeg skal obsevare» «Når vil du jeg skal ta kontakt igjen»

Figur 9. «ISBAR- kommunikasjonsverktøy». Copyright 2015. Hentet fra Vestre Viken (2015). Gjengitt med tillatelse

Vedlegg 3: Resultat etter fremtidsverksted med Alert-team, legevakta:

1. I vår tjeneste fungerer samarbeidet rundt Alert.....

Her ville jeg forsøke å få frem nåtid. Hvordan opplever de som jobber aktivt på legevakta og samtidig med Alert- opplæring at dette fungerer i dag?

Her kom det svar som:

«Hvordan man tolker målinger er mangelfull».

«Brukere får kun tildelte tjenester, målinger er ikke innebefattet i tjenestetilbudet til kommunehelsetjenesten».

«Manglende utstyr ute i kommunene gjør at helsepersonell ikke får gjort målinger».

«Manglende sykepleierdekning?»

«Nå kan det virke som at det er profesjonsavhengig, og hvem som er på jobb om målinger blir gjort eller ikke».

«Ved tilbakemelding til legevakt når pasienter blir ringt inn er svært varierende. Noen er flinke og referer godt, mens andre er diffuse og vage i sine beskrivelser».

2. Når vi får dette til å virke optimalt skal Alert virke slik.....

Her ønsket jeg å få frem alle ønsker der dette virkelig hadde fungert, helt til det utopiske, hvordan ville det da opplevdes. Svarene jeg fikk var disse:

«Alle fikk riktig behandling på rett behandlingsnivå».

«Alltid utstyr tilgjengelig. Det vil si som beskrevet som et minimum i Alert-sekk»

«Man skal vite pasient/brukers normalverdier».

«Tilgjengelig plass på institusjon».

«Riktig bruk av personalressurser. Hva er sykepleieroppgaver og hva kan fagarbeidere gjøre».

«Alle bruker ISBAR (målingsbarometer)».

«Økt kunnskapsnivå».

«Alle skal tenke A-E i alle møter med alle pasienter. Ikke nødvendigvis måle/vurdere alle parameter, men vurdere raskt.

3. Samarbeidet rundt Alert kan forbedres vet at.....

Her kom svarene rene på hvordan Alert-teamet mener det bør tilstrebe at Alert og samarbeidet i helsetjenestene bør fungere.

«Bruke Alert i vurdering av pasienter».

«Alert-konsept i tiltaksplaner til brukerne».

«Gode rutiner/prosedyrer på tvers av avdelinger og soner som ansatte kjenner til».

«Forventningsavklaring: Hva kan pasient/bruker/pårørende forvente av hjemmetjenesten».

«Avviksmeldinger brukes aktivt».

«Jevnlig bruk av case-trening i avdelingene/sonene».

«Tydelige ledere som er bevisst sitt ansvar og viktighetene av å bruke Alert».

«Og kartlegge de ansattes kunnskapsnivå».

Da vi snakket om utopi-fasen, opplevde jeg at Alert-teamet kom med ønsker som ikke var så langt unna realiteten for hvordan vi ønsker at samhandlingen skal oppleves i nær fremtid. Målene her var relatert til vedtakene i samhandlingsreformen, som Alert-teamet mente var utopi.

Et utopi-ønske var for eksempel at alle pasientene fikk riktig behandling på rett behandlingsnivå. Selv om det kanskje er umulig å få til at alle pasienter får dette tilbudet, tenker jeg det er et viktig mål å tilstrebe i vår enhet. Vi skal jobbe etter dette målet, og tilstrebe så langt det er mulig å få til dette for hver og en pasient i vår tjeneste.

Et tredje ønske var at man skal vite pasient/brukers normalverdier. Selv uten vedtak, kan man tilstrebe å ha minst en normalmåling per pasient. Om ikke annet, for en gang pr år. Det er utopi å tenke dette om alle hjemmeboende pasienter, men alle i institusjon og integrerte tjenester, samt de sykeste hjemmeboende bør dette la seg gjøre. Videre ønsket de at *«Alle bruker ISBAR (målingsbarometer)»*. Og at *«Alle skal tenke A-E i alle møter med alle pasienter. Ikke nødvendigvis å måle/vurdere alle parametere, men vurdere raskt.*

«*Tilgjengelig plass på institusjon*». Dette er dessverre utopi. Vi går inn i en periode der vi vil få fler eldre inn i helsetjenestene og vi har en utfordring for hvordan vi skal behandle dette i fremtiden. Det er per i dag mangel på institusjonsplasser. Det vi må forsøke å tilstrebe er rett pasient på rett sted i behandlingstrappen. Vi må tørre å flytte pasienter i behandlingssystemet, for å få mest mulig rett plass til rett pasient.

«*Økt kunnskapsnivå*» og «*Riktig bruk av personalressurser. Hva er sykepleieroppgaver og hva kan fagarbeidere gjøre*». Dette bør ikke være utopi, men et tiltak vi må gjennomføre.

Samarbeidet rundt Alert kan forbedres ved at: Her kom svarene på hvordan Alert-teamet mener det bør tilstrebes at Alert og samarbeidet i helsetjenestene bør fungere.

«*Tydelige ledere som er bevisst sitt ansvar og viktighetene av å bruke Alert*». Dette resultatet fra fremtidsverkstedet går rett på meg som leder, og er med på å bekrefte at temaet for dette FoU-prosjektet er viktig. Det gir meg både motivasjon og validitet for videre arbeid. Hva kan jeg gjøre, og hvordan skal jeg gå frem.

«*Bruke Alert i vurdering av pasienter*». For å få til dette må alle fagarbeiderne på kurs for innføring av Alert. Her lærer de hva Alert er, hva tanken rundt dette arbeidet er, samt både anatomi og sykdomslæreundervisning. De har også case-basert undervisning. De vil motta ISBAR- kort og lære hvordan dette benyttes i ulike pasientsituasjoner.

«*Alert-konsept i tiltaksplaner til brukerne*». Dette er tiltaksplaner som må inn i felles elektronisk dokumentasjonsverktøy, samtidig som det må inn i sakssystemet til tildelingskontoret. Dette må inn i juridisk plan og ligger på et overordnet nivå. Dette er ikke et punkt vi i vår avdeling kan avgjøre, men vi kan være med i prosessen for å oppnå vedtakstid per pasient. Derfor viktig å ta det med inn i denne oppgaven, for å vise hvordan vi kan være med å påvirke på overordnet nivå.

«*Gode rutiner/prosedyrer på tvers av avdelinger og soner som ansatte kjenner til*». Dette er også på overordnet nivå, men igjen, hva kan vi gjøre for å påvirke og bidra til felles prosedyrer.

«*Forventningsavklaring: Hva kan pasient/bruker/pårørende forvente av hjemmetjenesten*». Når det kommer nye pasienter inn i integrerte tjenester, bemannet omsorgsboliger, har man alltid en forventningssamtale med pasient og pårørende. Her kan vi avklare mye i forhold til forventninger til behandling og lignende. Disse pasientene er ofte ikke den største utfordringen i forhold til arbeidet med Alert. I sonene jeg er leder for har vi ca. 50

hjemmeboende pasienter. Disse kan det være utfordrende både å ha forventningsavklaringer med både ved nye og gamle pasienter. Dette er tidkrevende og ligger ikke inn i vedtakstimene for benyttelse av ressurser i hjemmetjenesten. Så hvordan dette målet kan oppfylles må jeg forsøke å finne ut av, gjennom denne forskningen.

«Avviksmeldinger brukes aktivt». Vi må oppfordre alle ansatte til å benytte avviksmeldinger, når det skjer hendelser der pasienter ikke opplever å få de tiltak og den behandling som måtte kunne forventes. Men jeg tenker det også er viktig å benytte seg av refleksjoner og logg for å kunne dokumentere det som faktisk oppleves som positivt, og hendelser der det oppleves mestring og at pasienten får den behandling og tiltak som vi ønsker i gitte situasjon.

«Jevnlig bruk av case-trening i avdelingene/sonene». Og *«kartlegge de ansattes kunnskapsnivå».* Her må vi innføre tiltak i vår avdeling for hvordan vi kan innføre case-trening i arbeidstiden. Dette er et godt tiltak for nye aksjoner.

Etter disse resultatene ble nedskrevet kom jeg frem til nye tiltak for neste aksjon i dette FoU-prosjektet.

Vedlegg 4: Kurs i Alert

Kurs i ALERT™

Acute Life-threatening Events – Recognition & Treatment

ALERT er et verktøy for tidlig identifisering av sykdomsutvikling og et verktøy for sikker kommunikasjon.

Hensikten med **ALERT** er å øke personalets kompetanse til å gjenkjenne risikoutsatte pasienter, iverksette forordnede tiltak og forebygge sykdomsforverring

Innhold i kurset

- Hvorfor ALERT
- Vurdering av syk pasient
- A-B-C-D-E
- Luftveiene/cyanotiske pasienter
- Hypotensive pasienter
- Oliguriske pasienter
- Pasienter med nedsatt bevissthet
 - Hjerneslag
 - Delir
- Kommunikasjon/ISBAR
- Etikk
- Praktisk trening case

Det vil bli servert kaffe/te og frukt. Det anbefales at deltagere tar med egen mat utover dette.

Velkommen!

Hilsen prosjektgruppen

Vedlegg 5: Logg for ansatte

logg:

Tid/sted

1.a) Hva slags situasjon var det og hensikt med arbeidsoppgaven her?

1.b) Hva skulle gjøres i en slik situasjon?

2.a) Hvem deltok:

2.b) Egen rolle

2.c) Hvordan var samarbeidet i situasjonen.

3.a) Hva skjedde skritt for skritt, aktiviteter i situasjonen?

4. a) Kjennetegn ved situasjonen, var det noe spesielt som utløste den, noe du husker i etterkant?

b) Egne refleksjoner: Hva hendte, hvordan taklet du situasjonen og hvorfor valgte du å gjøre det med denne metoden?

1. Forslag til forbedring.

Vedlegg 6: Resultater fagdag med IGP

<p>Hva fungerer bra?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flinke til å ta målinger - Vi er motiverte - Alert kortene - Tryggere på å ta målinger - Kurs og kort fungerer veldig bra, samt at vi har utstyret i orden - Økt kompetanse og kunnskap blant alt personalet - Bra at utstyret er tilgjengelig i en ryggsekk slik at den alltid er med - bedre viderefremidling - økt trygghet i vårt arbeid i forhold til pasienter og innad i personalet - Sykepleierne merker stor endring, det er lettere for de å vurdere når målingene allerede er tatt 	<p>Hvorfor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lettere når vi kontakter lege/amk når man har konkrete målinger om helsetilstand - Pga god opplæring - Er en trygghet både for personal og brukere - Fordi vi har alert kortene og Mews skjema, samt de fleste pas har normalmålinger å gå etter - Letter å oppdage forverring eller bedring av brukeren, samt lettere å opprettholde tverrfaglig samarbeid - At pas kommer raskere til behandling - Tilgjengelighet av utstyr - Enklere tverrfaglig samarbeid, flinkere til å observere endringene - Mer fokus på riktige observasjoner <p>Letter arbeidsmengden, samt en raskere avklaring av pasientsituasjonen</p>
<p>Hva kunne fungert bedre?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gjentatte målinger da pasientene er i grønn sone. Se an formen og gjenta målinger etter symptomer - Bedre rutiner for faste målinger. - Mer øving for sjølve målingene - Å stole mer på seg selv - Bedre dokumentasjon på Mews skjema i permer hos hver enkelt bruker - Legge det som tiltak under pkt observasjoner: medisinsk oppfølging - Kan bli brukt enda mer aktivt, ha med skjema i sekk, samt faste målinger, feksta målinger den 1 hver mnd. - Pass på at utstyret står på rett plass og er oppladet og fylt opp det som mangler, sjekk batterier o.l. <p>Om du har glemt sekken.</p>	<p>Hvordan?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Få inn rutiner, avtaler med neste vakt for eksempel, når nye målinger skal tas. Nattvakt må også utføre målinger ved behov. - Få inn bedre rutiner, og at det føres inn som tiltak i Geric. - Flere kurs eller øve på hverandre - Øvelse, øve på hverandre og rose hverandre - Oppfølging av faste målinger - Må legge inn tiltaket i Geric - Enda bedre rutiner - Må ha Alert ansvarlig som tar ansvar for dette. <p>Man kan gjøre målinger uten utstyr: SE, FØL, LUKT, TA PÅ, LYTTE, SMERTE OBSERVASJON, KONTAKTBARHET OSV</p>

Tiltak for å få Gudrun tryggere i sitt arbeid med Alert:

Leder snakker med Gudrun, kartlegger hennes situasjon og snakker med henne om hvordan hun vil lære dette. Viktig at læringskurven ikke blir for bratt.	Motivere henne til å være med på målingene, eventuelt lage en gruppe for de ansatte som er usikre på arbeidsoppgaven. Alle har i oppgave for å motivere Gudrun.
Finne årsaken til problemet, samtale. Må det være leder, eller kan det være sykepleier eller annen ansatt som tar ansvar for dette. Alle ansatte må ta ansvar for å oppmuntre, rose og løfte.	Tilbyr støtte, ved målinger må hun være trygg på at hun spør etter veiledning. Snakke med henne om hennes erfaringer fra skolen osv, om det er noen endringer som gjør at hun nå ikke er trygg på oppgaven
Sørge for gode og trygge opplæringer sammen med sykepleier. Sørge for å øve mye på hverandre.	Forklare hvorfor det er så viktig med målinger og å dokumentere.
Inkludere henne da vi selv tar målinger, og diskutere dette. Gi henne ansvar til å gjøre dette.	Gode tilbakemeldinger.
Opplæring fører til trygghet som igjen kan føre til at hun deltar mer.	Fortell/ videreformidle viktigheten av at alle har et ansvar.
Påpeke ansvar og plikter hun har i stillingen sin. Yrkesetiske retningslinjer.	Er med en person inn som er trygg på arbeidsoppgavene. Gir ros.

LOGG – Hvordan har arbeidet med Alert fungert?

<p>Hva har vært bra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blitt bevisst våre styrker på vår arbeidsplass - Dette styrker personalet (team-building) - God læring - Gruppearbeid, alle blir hørt, mer kunnskap, økt fokus. - Nye erfaringer og kunnskap - Får bedre forståelse for viktigheten av å bruke målinger. - Høre hva som fungerer 	<p>Hvorfor?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fordi vi har jobbet i grupper og brukt IGP-modellen - Fordi foredragene og foredragsholderne har vært korte og konkrete, og har motivert og engasjert. - Arbeidet i grupper - Fører til økt samhold og samarbeid, alle får sin taletid, lærer av hverandre, gjør oss mer motiverte - Tryggere samarbeid mellom de ansatte - Fordi med dette kan helsepersonale gjøre det bedre for pasienten sin situasjon. - Det er et nytt arbeidsverktøy. - Dette gir positivitet til å jobbe videre.
<p>Hva kan vi gjøre annerledes/bedre?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ha fagdag oftere for å bedre fagkunnskapen til de ansatte. - Syns dette har vært lærerikt. Trenger å få ny input i forskjellige fagområder. - Ha mer type teambuilding. - Øve mer - Fortsette å øve. - Fortsette å jobbe mot felles mål. - Ha flere oppgaver å løse i grupper 	<p>Hvordan?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sette i gang tiltak for å få til fagdag oftere. - Flere fagdager - For å bli bedre kjent med hverandre for å skape trygghet og tillit. - For å repetere og bli tryggere på å arbeide med Alert. - Lage oppgaver/caser/quiz som vi kan samarbeide om å løse.

Vedlegg 7: Felles fagdag Alert

Videre oppfølging:

ALERTTM

Acute Life-threatening Events – Recognition & Treatment

Implementering av ALERT i kommunehelsetjenesten

Vi er nå veldig godt i gang med opplæringen i ALERT i alle våre seks samarbeidskommuner, og per dags dato har over 350 ansatte deltatt på kurs. Det kommer svært gode tilbakemeldinger fra kursdeltagerne på at dette er et nyttig verktøy, og det er stor vilje til å ta dette i bruk ute i kommunehelsetjenesten. Det er derfor nå viktig at alle ledere tar et ansvar for å legge til rette og oppfordre til nettopp dette.

Det er flere ledere som har deltatt på kurs, men vi ønsker at flere melder seg på for å få en bedre forståelse av hva innføringen av ALERT innebærer for de ulike virksomhetene. Alle lederne har nå et ansvar for at ALERT nå tas i bruk og blir en integrert del av tjenesten.

Det er lederens ansvar:

- Å legge til rette for bruk av ALERT i tjenesten
- Å etterspørre vurderinger/observasjoner av pasienter
- Gjennomgang/drøfting av pasientcase/hendelser i fellesmøte på avdeling
- Initiere diskusjon/vurdering av hvilke pasienter/brukere som skal scores og hvor ofte
- Ta i bruk ALERT observasjonsark der det er aktuelt
- Inkludere alt helsefaglig personell i arbeidet med ALERT
- At det velges en ALERT-kontakt i avdelingen

Økt satsning på vurderingskompetanse og innføring av ALERT forutsetter at et minimum av utstyr er tilgjengelig og kjent for alle arbeidstakere i kommunehelsetjenesten. Det ønskelige er at alle ansatte i hjemmetjenesten har mulighet til å ha med en sekk med:

- Stetoskop
- Blodtrykksapparat
- Øretermometer
- Blodsukkerapparat
- Urinstix
- Målebånd
- Lommelykt
- Enkelt sårutstur
- MEWS-kort

Dette utstyret må også være tilgjengelig ved alle institusjoner.

Ved hver institusjon/base bør følgende være tilgjengelig for alt personale:

- Pulsoksymeter
- Utstyr for måling av CRP

MEWS observasjonsark

Vi oppfordrer til å ta i bruk MEWS observasjonsark. Det må drøftes i hver enkelt avdeling/soner hvilke pasienter/brukere dette skjemaet skal tas i bruk hos, og evt. hvor ofte pasienten skal scores. Dette er det samme observasjonsarket som brukes i Vestre Viken, og det arbeides med å få dette inn i de elektroniske journalsystemene i kommunene. På sikt er målet at disse skjemaene på den måten enkelt kan deles via E-link sammen med andre overføringsdokumenter. Observasjonsarket sendes i egen mail til dere.

Videre oppfølging

ALERT-ansvarlig

Kommunene har selv valgt en ALERT-ansvarlig i sin kommune. Disse vil nå inviteres til et møte hvor vi vil drøfte videre bruk og oppfølging av ALERT.

ALERT-nettverk

Vi ønsker å opprette et eget nettverk for ALERT i våre samarbeidskommuner. Til dette skal det velges en ALERT-kontakt i hver avdeling/soner som kan delta i nettverket. I nettverket vil vi samles for å dele erfaringer med bruk av ALERT. Den som velges som ALERT-kontakt vil sammen med leder få ansvar for videre opprettholdelse og bruk av ALERT. ALERT-kontakten bør selv ønske dette og være engasjert.

Fagdager

Alle kommuner i Buskerud som har innført ALERT har fått tildelt midler fra Fylkesmannen via Utviklingssenter for hjemmetjenester i Buskerud. Våre samarbeidskommuner har fått tildelt totalt kr 55 000. Kommunene har gitt sin tilslutning til at midlene skal benyttes til felles kompetansehevede tiltak i form av en fagdager høsten 2015. Denne vil arrangeres av superinstruktører i ALERT, og vi vil forsøke å få inn gode interne og eksterne foredragsholdere. Vi tenker oss følgende temaer, KOLS, hjertesvikt, smertelindring, demens og etikk.

Vedlegg 8. Fokusgruppe- intervju

Første spørsmål som ble stilt var om alle bruker MEWS i arbeidshverdagen.

Alle informantene svarte først bekreftende på dette. Men videre kommer det frem, spesielt fra den ene sykepleieren at MEWS-skjema bruker hun aldri. Men hun forteller at tankegangen bruker hun. Hvis de spør på legevakta: *«Har du tatt målingene? Så gjør jeg det da»*.

Her svarer jeg at vår sone skiller oss ut fra de andre sonene som var deltagende ved intervjuet. Vår sone bruker MEWS-score konsekvent, både sykepleiere og hjelpepleiere. Jeg følte glede og lettelse for å kunne si det. Det viser til at arbeidet som har blitt lagt ned i vår son har båret frukter. De andre sykepleierne sier at *«detta»* har de innabords, så de gjør det de skal, men er uavhengig av å se på scoren på MEWS skjema. De hevdet at dette kunne de. *«Jeg vurderer og ringer legevakta når jeg kjenner at det er riktig»*. Særlig det med respirasjonsfrekvens er jeg dårlig på sier den ene sykepleieren. *«For det første har jeg ofte ikke klokke, også er det vanskelig hvis jeg ikke skal stresse brukeren. Det oppleves ofte som at vi sier: ti still, for nå skal jeg telle pusten din, og det gjør jeg ikke. Men om de puster anstrengt eller ikke er sånn som du observerer»*. Jeg føler jeg blir skeptisk til disse utsagnene. Essensen med kurs og implementering er jo at alle skal ta målinger og følge de samme prosedyrene. Vi skal gjøre likt. Målinger gir mange indikasjoner på ulike sykdomstilstander. At hver pleier skal ha klokke på arbeidsdressen er en selvfølge. Å telle respirasjon er en øvelse som en hver helsearbeider bør kunne.

«Hjelpepleierne har også fått opplæring i Alert, men jeg trur ikke de bruker det. De er veldig usikre på det». Mine tanker da er at de er usikre fordi de ikke har hatt en øvingsarena, eller at de ikke har blitt backet opp til å gjøre disse arbeidsoppgavene. Noen av informantene forteller videre at det har kommet en forespørsel om at hjelpepleierne gjerne ville ha en gjennomgang på dette om igjen fordi de føler seg utrygge på de forskjellige målingene. *«Vi tenkte vi skulle ta en gjennomgang på dette på personalmøte eller brukermøtene, men vi får som regel ikke tid til det»*. Jeg spiller inn at hjelpepleierne hos oss bruker dette aktivt. Spontant kommer det fra en av informantene at *«dette merker vi når vi har ansvarsvakt, det er den eneste sonen hvor det fungerer. Når hjelpepleierne ringer der, så kommer målingene på rad og rekke»*. Sykepleier fra vår sone informerte om at de aktivt bruker Alert sammen med hjelpepleierne og assistentene. De lærer fagarbeiderne å lese av og vurdere, så det oppleves som at det er et nyttig verktøy. Hvis hjelpepleierne ringer etter sykepleier har de sagt at *«ring tilbake når*

målingene er tatt». Eller at man tar målingene sammen. «Vi presser de litt til å ta målinger». Slik at vi ikke gjør jobben for dem.

En informant spør om alle har alt utstyr i bilen? Vi forteller vi har fire sekker, så den som kjører ansvarsvakt har med seg sekk ut. Vi har også sekk inne på huset. En informant sier at de også har fått dette i bilene. Sykepleier i vår sone forteller at det er viktig at dette utstyret ikke blir stående i bilen, for utstyret blir ødelagt i kulden. *«Ja det skjer ikke her»,* forteller de videre. Et argument er at det er så stor sone og så mye folk, så de må jobbe for å utvikle et system på dette. En informant forteller at de *«ikke har system på så mye»,* en annen bekrefter dette, da de har nok med å holde hue over vann.

Neste spørsmål som ble stilt var: Når opplever dere at dere bruker MEWS? I hvilke situasjoner? Vår sone forteller at de bruker dette ved akutte situasjoner, hvis de ser pasienten har blitt dårligere, eller hvis det har skjedd forandringer. Vi har også som mål at innen mars 2017 skal vi ha tatt normalmålinger av alle brukerne for å ha et utgangspunkt når brukerne blir syke. Vi tilstreber å ha MEWS- skjema i alle brukerpermene, slik at målingene er tilgjengelig der personen er. Vi synes det er viktig å ta flere målinger i en periode der vi ser forandringer hos en bruker, slik at vi kan følge med på historikken. *«Men vi må si at dette ikke alltid er vellykket, og det er ikke alltid det skjer slik vi ønsker hos oss heller».*

En sykepleier fra en annen sone forteller at hun bruker det når hun ikke helt veit hva det er som er galt med brukeren, når det er uklart hva som feiler han. *«For hvis jeg skjønner hva det er så gidder jeg ikke å drive med det der. Da ringer jeg legevakta å sier det er det og det».* *«Men hvis det er slik at brukeren bare er dårlig men veit ikke helt hva det er, da bruker jeg mere målinger».* *«Men er det klart gidder ikke jeg å begynne med detta veit du,* sier en informant. *«Hvis det er helt klart hva det er. Hvis det er brystmerter og tungpusten så må vi bare ringe».* *«Hvis jeg veit det er en KOLS-pasient og er en forverring der, så er det bare å ringe»* Her sier jeg at i disse tilfellene **skal** målinger tas uansett. Om sykepleier vet diagnose eller ikke, for det er noen ganger man kan finne viktige funn. En informant sier at man kan jo ta målinger mens man venter på at ambulansen skal komme. Jeg mener det er viktig å ta målinger før du ringer ambulanse og at med øvelse tar det ikke mange minuttene. Andre informanter mener man da heller kan ta målinger mens man venter på ambulansen. Jeg er redd for å virke belærende når jeg sier slik, men jeg føler jeg må uttrykke dette også. En annen bekrefter videre at de ofte får telefoner fra hjelpepleierne som sier at brukeren føler seg dårlig, men de kan ikke bekrefte hva det er. De sier for eksempel at brukeren er *«svimmel og rar»* eller at *«han er ikke sånn han pleier».* Da vil de at sykepleier skal komme. Jeg sier at

det er da dere må oppfordre hjelpepleierne til å ta målinger og at de må ringe tilbake da disse er tatt.

Neste spørsmål fra intervjuer er om legevakta etterspør målinger? Ja er det spontane svaret. Noen gjør det svarer en informant. Sykepleier i vår sone forteller at hjelpepleierne synes det er mye lettere å ringe legevakt nå. For hvis dem har tatt målinger så får de lettere hjelp. Da forstår sykepleier på legevakta hvordan målingene er, og da er det mye lettere å hjelpe dem i den andre enden. En annen av informantene sier at det må være lettere for hjelpepleierne og komme med en slik vurdering i stede for å beskrive situasjonen. Bruker de i tillegg ISBAR når de ringer vet de akkurat hva de skal si også. Vi forteller at i vår sone får vi hjelpepleierne til å ringe selv til legevakt.

Intervjuer spør videre om alle har fått opplæring og om alle har fått kurs? Det svares her at stort sett har nå de fleste fått kurs. Vi informerer også om fagdage, men at dette kun er for superbrukere. En av informantene forteller at hun synes det var veldig nyttig og ha vært på Alert-kurs, og at hun ble mer bevisst på målingene etter dette. Vi var alle enige om at legene som informerte var veldig flinke. Det har ikke vært oppfriskningskurs, men det kommer frem at dette er et ønske fra mange i kommunen.

Når oppleves det som vanskelig å gjøre scoringer eller er det noen utfordringer spør intervjuer. Sonene må ha nok utstyr som må være tilgjengelig og folk må vite hvordan dette skal brukes, sa en informant. Sykepleierne får stadig tilbakemelding på at mange er usikre på bruken av dette. Alle er enige om at det er viktig å ha gjennomgang av dette.

Vedlegg 9: Casetrening.

TRENING NR. 1

Pasient med infeksjon og begynnende sepsis

Instruktør: leder av kurset

Antall deltakere case: 2, pasient og sykepleier/evt. annet helsepersonell

Observatører: alle andre

Informasjon til alle:

Dette er casetrening. Alt som blir sagt og gjort i denne treningen skal forbli mellom deltakerne. Formålet med treningen er å bli bedre til å vurdere pasienter og sykdomsforverring.

Vi skal nå gjennomføre treningen og vi må ha en pasient og en sykepleier/annet helsepersonell. For å gjøre casetreningen mer virkelighetsnær får nå du som skal være pasient informasjon på tomannshånd. Når vi gjennomfører casetreningen er det viktig at alle er stille og følger med. Dersom du som undersøker har spørsmål – hjelper jeg som instruktør deg videre.

Som sykepleier/annet helsepersonell som undersøker pasienten, skal du ta opp anamnese (sykdomshistorie) og foreta en klinisk undersøkelse. Du har alle prøver tilgjengelig og jeg har svaret på alle prøver du rekvirerer. Du ber om prøver – og jeg gir deg svaret. Du vurderer underveis om du skal kontakte AMK for ambulanse. Du skal systematisere undersøkelsen iht. ABCDE. Dersom du velger å gi en form for behandling – skal du igjen systematisere undersøkelsen iht. ABCDE. På den måten fanger du opp evt. forbedringer eller forverring knyttet til behandlingen.

Bruk MEWS-skår etter undersøkelsen. HUSK at denne skåringen er veiledende og erstatter ikke egen vurdering av pasienten. Bruk ISBAR som kommunikasjonsverktøy dersom du informerer kolleger, AMK eller annet helsepersonell om pasienten.

CASE: sykehjem/hjemmebesøk

Informasjon til pasient:

Syk siste to dager med oppkast og kvalme. Feber fra i dag målt 38,0 rektalt. Du puster raskt og har uttalt redusert allmenntilstand. Du kaster opp ved begynnelsen av undersøkelsen. Det er ikke blod i oppkastet.

Etter at helsepersonellet har kommet til deg har du trang til avføring. Du har et uhell og har avføring i sengen. Du har ikke blod i avføringen.

Du er frisk fra tidligere – bruker ingen faste medisiner

Ingen du kjenner har vært syk slik som du siste uker

Du jobber på kontor. Har ikke vært i utlandet. Det er ingen kjente sykdommer i din familie.

Informasjon til sykepleier og observatører:

Sykepleier/hj.pleier jobber på sykehjem. I overlapp refereres det en pasient som er på lokal KØH plass for smertelindring pga. prolaps. Pasienten, 38år gamle Lise Hansen, har under oppholdet hatt symptomer sammenfallende med gastroenteritt siste to dager med nedsatt AT. Når du tilser pasienten etter overlapp kaster hun opp, puster raskt og er klam i huden.

Smittevern: hva gjør du på din arbeidsplass med en slik pasient?

CASE 1	VURDERING	KORREKT TILTAK	MANGLENDE TILTAK
AIRWAY	Fri (Pasienten prater ubesværet) Vurdere O2		
BREATHING	RF 36 (tell 1min, rytme) SpO2 97% (OBS! Feilkilder) - Thorax bev.symmetrisk - Ingen stridor - Rask, overflatisk respirasjon - Ausk: ingen fremmedlyder - Ingen P/S cyanose	Få hjelp av annet personell til uhellet med avføring – men ikke la det forsinke vurdering og behandling av denne pasienten	Dersom beh. og vurdering forsinkes >30 min - RF 40
CIRCULATION	BT: 105/65 Puls 125 Puls carotis, radialis og lyske Hud: blek, varm, klam Ingen cyanose Kap.ettf.tid: 3 sek Ikke latt vannet LV Tørre slimhinner Halonerte øyne	- Legg to grove venefloner - Konf. Vakthav. Lege snarlig og vurdere EKG og væskebehandling.	Dersom det tar lang tid før lege kontaktes, >30 min, ingen tiltak: Pas fallerer AT BT 100/60 Puls 130 Kap. Etterfylningstid 4 sek
DISABILITY	GCS 15, våken, klar og orientert Kraftig nedsatt AT BS 4,2 Pupiller: runde og egale med symmetrisk reaksjon på lys		GCS 14 (åpning av øynene kun på kommando)
EXPOSURE	Tp: 38,9°C rektalt! EKG: sinustakykardi,		Uforandret etter 30 – 60 minutter

	ingen tegn til akutt iskemi eller infarkt CRP: 93 USTIX L3+, P1+, B3+, Nit pos		
--	---	--	--

Dersom lege ikke kontaktes for snarlig vurdering – fallerende AT og forverring av vitalia
Rommet må «smittevaskes» etter at pasienten er henvist videre

ISBAR SOM KOMMUNIKASJONSVERKTØY

I Identification	Sykepleier konfererer med AMK/LV: Hei! Jeg heter, er sykepleier ved og ringer deg vedr. pasient Lise Hansen, født 10.10.78 pers.nr. 55566 som er her på lokal KØH-plass.
S Situation	Hun kom til oss for to dager siden pga. smertelindring for prolaps. Siste to dager har hun hatt oppkast og løs avføring. Nå har hun nedsatt AT samt rask resp. og feber.
B Background	Hun er frisk fra tidligere bortsett fra prolaps – ingen faste med utover smertestillende hun har fått her.
A Assessment	RF 36, SpO2 97% uten O2, BT 105/65, Puls 125 reg.messig, Temp 38,9 rektalt, det er ingen fremmedlyder over lungene, huden er blek, varm og klam. Jeg opplever at det haster med denne pasienten og at hun raskt kan bli dårligere. Vi tok en USTIX som viste L3+, P1+, B3+, Nit pos.
R Recommendation	Jeg tenker å bestilles ambulanse slik at hun kan snarlig komme til vurdering ved legevakten. Bør jeg legge to grove vene-floner og henge opp væske før transport til legevakt?

Sannsynlig diagnose: gastroenteritt og pyelonefritt med utvikling av sepsis.

DEBRIEF

Nå skal casen gjennomgås. Det gjøres på følgende måte:

1. Be deltakerne nevne noe de synes var bra ved deres egen innsats
2. Be observatørene nevne noe de synes var bra ved innsatsen til deltakerne
3. Instruktøren beskriver hva som skjedde: VIKTIG!
Dette er ikke evaluering – kun objektiv beskrivelse!

Instruktøren skal referere case med hva som ble gjort og hva som ikke ble gjort på hvert steg. På den måten blir det synlig for alle hva som er formålet med treningen og hva som kan gjøres bedre.

4. Deltakerne kan si noe om hva de evt. kan gjøre annerledes neste gang
5. Hva har vi lært? Hele gruppen sier noe.
Andre tilbakemeldinger?

