

Hva tilfører denne artikkelen?

Artikkelen beskriver utviklingen av en modell for refleksjon i pleie- og omsorgstjenesten, med fokus på bedre mestring av utfordringer de ansatte i organisasjonen møter i arbeidshverdagen.

Om forfatterne

Elisabeth Gjerberg, Sosiolog, dr.polit, Seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet/ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Nina Amble, Psykolog, Senior-

forsker ved Arbeidsforskningsinstituttet.

Kontaktperson:

Elisabeth.gjerberg@afi-wri.no.



Illustrasjonsfoto: Colourbox

Bakgrunn:

Helsemyndighetene har de senere år iverksatt en rekke tiltak for å sikre kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten. På oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet har vi i dette prosjektet utviklet en modell der en gjennom systematisk refleksjon og øvingsarbeid i grupper søker å øke de ansattes opplevelse av mestring.

Teoretisk perspektiv:

Utviklingen av prosjektet må sees i lys av teorier om lærende organisasjoner og en forståelse av arbeidet i pleie- og omsorgssektoren som emosjonelt arbeid.

Metode:

Prosjektet omfattet to faser. I fase 1 etablerte vi tre fokusgrupper der hensikten var å «oversette» erfaringer fra privat tjenesteyting til situasjoner som var typiske for pleie- og omsorgssektoren. I fase 2 startet vi tre «refleksjonsgrupper» i tre fylker, ledet av lokale fasilitatorer. Gruppene arbeidet etter en bestemt struktur, basert på en systematisk kombinasjon av individuell og kollektiv refleksjon.

Resultater:

Vi erfarte at erfaringer som til dels hadde vært «tause» ble

løftet fram i fellesskapet. Og at systematisk refleksjon bidro til gjensidig læring, ansvarliggjøring og utvikling av nye handlingsstrategier og endret adferd. Tid til refleksjon over utfordringer i arbeidshverdagen bidro til fagliggjøring av jobben, kanskje spesielt blant de med minst kompetanse og erfaring.

Konklusjon:

Gitt visse rammebetingelser synes en systematisk kombinasjon av individuell og kollektiv refleksjon å bidra til organisatorisk læring og økt mestring.

>> Pleie- og omsorgssektoren som lærende organisasjon

Forfattere: **Elisabeth Gjerberg og Nina Amble**

NØKKELORD:

- Sykehjem
- Hjemmesykepleie
- Mestring
- Kvalitativ studie
- Fokusgrupper

INNLEDNING

Den kommunale pleie- og omsorgssektoren utgjør en stor og viktig sektor i norsk arbeidsliv. I 2007 ble det utført 118 200 årsverk i brukerrettet tjeneste i henholdsvis sykehjem, omsorgsboliger eller i brukerens eget hjem, fordelt på cirka 160 000 personer (1). Flertallet av dem som arbeider i direkte kontakt med brukerne har helse- og sosialfaglig utdanning av ulik karakter, men cirka 38 prosent av de ansatte er uten formell utdanning (ibid). God omsorg oppstår i samspillet mellom ansatte og brukere, og kvaliteten på tjenesten er først og fremst avhengig av personalets kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det er en uttalt målsetting å øke andelen med helse- og sosialfaglig utdanning for å gi brukerne best mulig pleie og omsorg (2;3). Utfordringene er dels knyttet til å sikre og videreutvikle den fagkompetansen som allerede finnes blant de ansatte, dels å styrke rekrutteringen og redusere avgangen av kompetent personell. Helsemyndighetene har

de senere år satt i verk ulike tiltak for å sikre kvaliteten på pleie- og omsorgstjenesten. Med bakgrunn i «Rekrutteringsplanen for bedre kvalitet» (2) henvendte Helse- og helsedirektoratet (tidligere Sosial- og helsedirektoratet) seg til Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) våren 2004, med spørsmål om å sette i gang et forsknings- og utviklingsprosjekt som kunne bidra til kunnskapsutvikling og økt mestring av det daglige pleie- og omsorgsarbeidet.

Spørsmålet om utvikling, formidling og formidling av kunnskap innen organisasjoner, kan møtes gjennom ulike former for faglig opplæring, og gjennom veiledning individuelt eller i grupper (4-6). Vi har valgt en tilnærming som er en konkretisering av ideen om lærende organisasjoner, der en gruppe gjennom systematisk refleksjon og strukturert øvingsarbeid arbeider med utfordringer i arbeidssituasjonen. I denne artikkelen beskriver vi utviklingen av modellen, hvordan den har vært anvendt, og diskuterer om dette kan være en fruktbar tilnærming for å skape robuste kulturer for mestring og læring i pleie- og omsorgssektoren. Men først litt om bakgrunnen for prosjektet og den teoretiske referanseramme prosjektet befinner seg innenfor.

BAKGRUNN

Bakgrunnen for Helsedirektoratets henvendelse var AFI's tidligere forskning med fokus på mestring av utfordringer i servicearbeid. I

perioden 2001–2003 arbeidet vi med et stort forskningsprosjekt i flybransjen med søkelys på ansattes arbeidsmiljø og mestring av utfordringer i jobben (7,8). Direktoratet utfordret oss til å videreføre disse erfaringene til kommunalt omsorgsarbeid; kunne erfaringene fra flybransjen med hvordan ansatte mestret utfordringer i ansikt-til-ansikt kontakt med kundene overføres til pleie- og omsorgstjenesten? Til tross for viktige forskjeller mellom de to sektorene, har de også vesentlige fellestrekk. Begge sektorene er preget av travle arbeidsdager med økende krav til effektivitet. Det jobbes ofte skift/turnus og det rulleres i skiftene. Arbeidet er i stor grad relasjonelt; de ansatte må stadig forholde seg til andre mennesker i form av tjenestebrukere og kollegaer.

Basert på et omfattende kvalitativt og kvantitativt materiale viste «flyprosjektet» at de aller fleste kunderelasjonene ble opplevd som uproblematiske, og bare et mindretall opplevdes som krevende. Likevel var det disse som de ansatte ble gående å tenke på. Vi fant at ansatte i møte med krevende utfordringer brukte forskjellige mestringsstrategier (7,8) og at ulike strategier hadde betydning for jobbengasjement, trivsel med jobben og utbrenthet. Utvikling og bruk av grenser fremsto som et viktig element i differensiering mellom ulike strategier. Læring av mestringsstrategier syntes individuelt basert, det vil si det forelå

ingen struktur eller organisering med tanke på å videreutvikle gode mestringsstrategier på et kollektivt nivå. Individuell kompetanse og ferdigheter er viktig, men ikke tilstrekkelig for å kunne kalle seg en lærende organisasjon. Kunnskapen forsvinner lett ut av organisasjonen når den som sitter med kompetansen slutter. Det var denne utfordringen vi tok med oss over i prosjektet i pleie- og omsorgstjenesten; Er det mulig å lage en struktur der for eksempel uerfarne på en systematisk måte kan lære gode mestringsstrategier av de mer erfarne, slik at mestringskunnskap blir et felleseie?

TEORETISK REFERANSE- RAMME

Utviklingen av dette prosjektet må sees i lys av ideen om lærende organisasjoner, samtidig som det er nødvendig å beskrive hvordan vi forstår det spesielle arbeidet som foregår i pleie- og omsorgssektoren og hvordan dette kan mestres.

Pleie og omsorgstjenesten som emosjonelt arbeid

Det meste av arbeidet i pleie- og omsorgssektoren foregår i tett relasjon til brukerne. Denne type betalt omsorgsarbeid innebærer å ta seg av andres fysiske, emosjonelle og sosiale behov, med fokus på å bevare pasientens verdighet, betydning og individualitet i en situasjon der helsa svikter. Det krever ikke bare en faglig plattform som omfatter kunnskaper, innlevelse, og toleranse; det handler også om å kunne reflektere over egne handlinger og de følelser det medfører (6). Både i helsetjenesten og i annet servicearbeid er mye av arbeidet såkalt emosjonelt arbeid (9-11). Selv om det har vært diskusjoner om de prosesser som er involvert i emosjonelt arbeid, er det enighet om at det innebærer en viss regulering av følelser. Det vil

si at den ansatte i ansikt-til-ansikt relasjon med brukere, kunder forventes å vise visse følelser som en del av jobben, uansett om det er på tvers av det den ansatte føler inni seg (10;12). Emosjonelt arbeid kan slik sees som usynlig arbeid der den ansatte må bruke følelser som arbeidsredskap for skape en stemning hos brukeren/kunden. Overført til pleie- og omsorgsarbeid, betyr det at det forventes at personalet i kontakt med pasienter og pårørende forholder seg på en måte som gir brukerne en positiv følelse. I denne type arbeid ligger forventningene både på et organisatorisk og individuelt plan; som integrerte faglige og yrkesetiske verdier hos helsearbeideren. Emosjonelt arbeid kan være kilde til arbeidsglede, så vel som emosjonell belastning nyttet til egen og andres reaksjoner i samspillet

som reduserer stress. Responsene (copingstrategier), kan være problemorienterte (aktive), eller emosjonsorienterte (passive) (16-18). Dette perspektivet gir en prosessuell forståelse av hvordan den enkelte håndterer spenningsforhold, der tiltak som reduserer spenningen karakteriseres som mestring. I forskningen på utstøting og inklusjon i arbeidslivet, brukes mestring av livssituasjonen om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv (19). Mestringsbegrepet er også sentralt i AFI's forskning (8;20-22), der Banduras teori om mestringsforventning («self-efficacy») og «mastery» inngår som et sentralt bidrag (23;24). Høy forventning til egen mestring gjør at den enkelte ser muligheter der de med lav mestringsforventning ser hind-

” Relasjonelt arbeid representerer daglig en rekke utfordringer det ikke finnes oppskrift for hvordan skal løses.

(11). Det krever selvinnsikt og selvledelse. Du må av og til legge bånd på deg, skjule det du føler i ansikt-til-ansikt kontakt med en tjenestemottaker. Dette kalles dissonans og er en viktig del av det emosjonelle arbeidet i seg selv (12).

Mestring og mestrings- strategier

Relasjonelt arbeid representerer daglig en rekke utfordringer det ikke finnes oppskrift for hvordan skal løses. God mestring av denne type utfordringer forutsetter læring i og av praksis der refleksjon over eget arbeid er et viktig verktøy (13-15).

Begrepet mestring brukes av flere fagmiljøer. I stressforskningen knyttes mestring til responser

ringer. Organisasjonen har et særskilt ansvar for det Bandura (24) kaller kultivering av mestringsforventning, det vil si å sørge for kompetanseoverføring slik at alle har tilstrekkelig mestringsforventning. Denne tradisjonen er opptatt av samspillet mellom mestring av arbeidsoppgaver på individnivå og organisatoriske betingelser for mestring (21;24). I tråd med denne tradisjonen bruker vi ordet mestring om en måte å gjennomføre arbeidsoppgaver på, i kombinasjon med organisasjonens tilretteleggelse for mestring. Det siste kaller vi kollektiv eller organisatorisk mestring. Det er glideende overganger mellom mestringsperspektivene; de to første handler om individuell håndtering av krav slik at det som oppleves som negativt,

reduseres eller bringes i balanse, mens vi definerer mestring med forbehold om at oppgaveløsning har noe nytt ved seg som gir endret atferd.

I «flyprosjektet» fant vi som nevnt at ansatte mestret utfordringer på ulike måter. Noen hadde lært mestring gjennom å analysere for seg selv hva de gjorde når noe gikk galt og hva de kunne gjøre annerledes. I tråd med Banduras teori om mentale handlingsguider (23) hadde de utviklet en mental beredskap for neste gang det dukket opp en krevende episode. En del av denne utviklingsprosessen handlet om refleksjon rundt egne grenser, en forutsetning for å kunne «kaste seg utpå» i ukjente situasjoner og prøve ut nye handlingsmønstre. Det var nettopp denne prosessen vi ønsket å sette i system og prøve ut for tjenesteytere i pleie og omsorg: Hvordan kan mestring videreutvikles og spres til flere gjennom systematisk refleksjon og kompetanseoverføring mellom kolleger slik at fellesskapet også styrkes?

Pleie- og omsorgssektoren som læringsarena

Ideen om lærende organisasjoner er basert på teorier om organisatorisk læring, som først og fremst har sett på de prosesser som er involvert i individuell og kollektiv læring i organisasjonen. Litteraturen om lærende organisasjoner er mer handlingsorientert, mer rettet mot det som kan identifisere og fremme kvaliteten på læreprosessene; modeller og metoder for å skape endring (25). En lærende organisasjon gir sine ansatte muligheter for læring, slik at det skapes positive resultater; innovasjon gjennom praktisk samarbeid. Dette er i overensstemmelse med den kunnskapstradisjon som utdanning og opplæring av hjelpe- og sykepleiere står i. En praktisk

kunnskapstradisjon, der kunnskap om hva man gjør, hvordan man gjør ting og hvorfor man gjør som man gjør, er fasetter av en og samme oppgaveløsning. Dette er situert, kroppsliggjort kunnskap, praktisk kyndighet og reflektert erfaring (26).

Refleksjon dreier seg om utvikling av ny kunnskap gjennom å lære av en situasjon, og er ifølge Donald Schön et nøkkelelement i all fagutvikling (14;15). I hjertet av Schöns arbeider (ibid) ligger en forståelse av at fagpersoner daglig møter komplekse situasjoner det ikke finnes standardiserte løsninger på. Problemer oppstår innenfor en bestemt kontekst og må løses innenfor den. Ved å reflektere over de utfordringene en møter kan dette bidra til læring og nye løsninger. Schöns arbeider har også stått sentralt i senere års litteratur om sykepleieres utdanning og praksis (27-29). Schön (15) identifiserte to typer refleksjon, «reflection on action» og «reflection in action». «Reflection on action» skjer i ettertid, enten individuelt eller sammen med andre, der man gjennom et tilbakeblikk på situasjonen analyserer hva som skjedde og hvorfor. I refleksjonen skapes nye mentale handlingsguider, i tråd med Banduras teori (23). Neste gang man står i en tilsvarende situasjon utløses «reflection in action»; det skjer en slags «indre dialog» med situasjonen som gjør at man kan klare å hente fram den nye atferden man har planlagt å bruke. Det er samspillet mellom disse to måtene å reflektere på vi ønsket å bygge på i utviklingen av en modell som kunne tjene som læringsarena for individuell og kollektiv mestring i pleie- og omsorgssektoren.

METODISK TILNÆRMING

Design: Prosjektet har et kvalitativt design og omfattet to faser. En pilotfase med bruk av

fokusgrupper, der hensikten var å «oversette» erfaringene fra flybransjen til situasjoner, ord og uttrykk som var typiske for pleie- og omsorgssektoren. Fase to omfattet etablering av grupper av ansatte i ulike organisatoriske enheter. Hensikten var i samarbeid med deltakerne å utvikle og prøve ut en modell for refleksjon i praksis, det vil si en interaktiv tilnærming der demokratisk dialog er et sentralt virkemiddel (30).

Fase 1

Utvalg: Via Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) fikk vi forslag til enheter som kunne tenkes å delta i prosjektet, det vil si at vi foretok et strategisk utvalg (31) som i pilotfasen omfattet to sykehjem og en hjemmebasert tjeneste i Oslo. Ved hver av disse enhetene ble det etablert en fokusgruppe, hver på seks personer.

Hver av fokusgruppene møttes én gang. Deltakerne fikk før møtet tilsendt en kort oppsummering av de viktigste erfaringene fra «Flyprosjektet», og en beskrivelse av vår hensikt med møtet. De ble bedt om å tenke gjennom arbeidssituasjoner og episoder de ofte opplevde som krevende i eget arbeid, og å legge dette fram i fokusgruppen. Her ble erfaringene presentert og diskutert. Deretter diskuterte gruppen hvordan en kunne jobbe videre med sikte på økt mestring av utfordringer. Erfaringene fra møtene munnet ut i et forslag til arbeidsstruktur som vi ville prøve ut i fase 2.

Fase 2

Utvalg: Ett av sykehjemmene fra pilotfasen ble med videre til fase 2. Vi rekrutterte i tillegg ett sykehjem og en hjemmebasert tjeneste i to andre kommuner. Lederen ved hver av enhetene kom med forslag på personer som ønsket å

delta i en refleksjonsgruppe. I tillegg skulle det oppnevnes en til to personer som skulle fungere som ledere, fasilitatorer for gruppen. Disse skulle være erfarne medarbeidere, men ikke nødvendigvis sykepleiere. Hver gruppe besto av fem–sju deltakere med ulike fagbakgrunn: sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Med ett unntak var alle deltakerne kvinner i alderen 25–62 år, med aldersspredning i alle gruppene.

Gruppene møttes to timer hver fjortende dag gjennom et halvt år (ti–tolv møter). Fasilitatorene hadde ansvar for at gruppearbeidet fulgte en bestemt struktur: Til hvert møte hadde to deltakere ansvar for å legge fram en selvopplevd, problematisk episode fra arbeidshverdagen. De som skulle legge frem, forberedte seg ved å fylle ut en «situasjonslogg» i seks punkter: Her beskrives episoden detaljert, i stikkordsform; hva har utløst den vanskelige situasjonen og hvordan er den taklet. Loggen gir en struktur for dekomponering av den aktuelle episoden (32;33), som forberedelse til fremlegg i gruppen. Gruppen reflekterte så i fellesskap over episoden. Med bakgrunn i gruppediskusjonen skrev «eieren» av episoden ned forslag til hvordan hun kunne håndtere en tilsvarende situasjon. Erfaringen med utprøving av ny praksis ble formidlet tilbake til gruppa i et senere møte. Loggene ble samlet inn og overlevert forskerne underveis i prosjektperioden.

Denne måten å jobbe på impliserer et samspill mellom ulike former for refleksjon og handling, det vil si utprøving av ny praksis. Først reflekterer den enkelte for seg selv, gjennom situasjonsloggen; hva var det som skjedde? Deretter reflekterer gruppen sammen og kommer med forslag, som prøves ut i handling. En enkel, strukturert metode som veksler mellom selvrefleksjon,

dialog («reflection on action») og utprøving av ny arbeidspraksis («reflection in action») over en periode på et halvt år.

VÅR ROLLE

I tråd med en interaktiv forskningstradisjon (34) deltok vi som «med-fasilitatorer» på de to første møtene. Det vil si at vi medvirket i refleksjonen rundt episodene, og diskuterte med fasilitatorene hvordan gruppens oppgaver best kunne løses. Vi møtte også gruppene midtveis i perioden, men hadde da en mer observerende rolle. Fasilitatorene hadde hele perioden mulighet til å kontakte oss for å drøfte problemer som oppsto i gruppen. Vi deltok også på gruppens siste møte, der erfaringene med denne arbeidsformen ble evaluert, og tatt opp på bånd. I alt 50 «logger» ble samlet inn og har tjent som underlagsmateriale i videreutviklingen av prosjektet.

HVA LÆRTE VI?

I den innledende fasen av prosjektet diskuterte vi hvilke episoder eller situasjoner ansatte opplevde som emosjonelt krevende og som best kunne egne seg for denne type refleksjonsarbeid. Det var stor grad av enighet i fokusgruppene om at følgende situasjoner ofte ble opplevd som utfordrende og vanskelige å mestre:

- Situasjoner med pasienter/brukere som av ulike grunner opplevdes å ha en «krevende» personlighet eller atferd
- Pårørende som ble opplevd som krevende
- Pleiefaglige vanskelige oppgaver, for eksempel terminal pleie og omsorg
- Organisatoriske utfordringer

Dette ble bekreftet ved de episodene som ble tatt opp i refleksjonsmøtene i fase to. Vi gir her to eksempler på

episoder som ble loggført og drøftet, og som kan relateres til de to første punktene.

Episode 1

En erfaren sykepleier hadde hatt kveldsvakt på en annen avdeling på sykehjemmet enn der hun vanligvis jobbet. Hun skulle delta i stellet av en dement pasient, der det trengtes to til å løfte pasienten over fra senga til en stol. Hun kjente ikke pasienten fra tidligere. I det de skal legge et «seil» under pasienten kjenner hun plutselig kraftige knyttneveslag i magen, først to og så to til. Hun opplever at den andre pleieren registrerer dette, men ikke kommer til unnsetning. Hun utsettes også for slag fra pasienten. De forlater rommet sammen, og pleieren som er fast på avdelingen mener at dette ikke er mer enn de må finne seg i, og ikke noe å snakke mer om. «Vår» sykepleier er sjokkert. Hva kunne hun gjort annerledes? Hvilke grenser kan settes, og hvorfor er ikke dette et tema?

Episode 2

En godt voksen hjelpepleier med lang fartstid på sykehjemmet hadde over noe tid utviklet et stadig mer anstrengt forhold til en pårørende som daglig var på sykehjemmet. Den pårørende var selv sykepleier. Daglig henvender hun seg til hjelpepleieren som var mannens primærkontakt, med et eller annet klagemål; pasienten blir liggende for lenge om morgenen, han får medisiner på galt tidspunkt, det er for lite kontakt med lege, påkledningen er feil og så videre. Hjelpepleierens utfordringer er ikke klagemålene i seg selv, men at den pårørende stadig forstyrrer henne mens hun utfører annet arbeid, for eksempel at hun kommer inn på andre pasienters rom med sine klager.

Hjelpepleieren opplever at den pårørende ikke viser respekt for henne og det arbeidet hun utfører. Hun gruer seg til å møte den pårørende. Hvordan kan hun på en bedre måte komme henne i møte og hvilke grenser er det mulig å sette?

Utfordringene som ble tatt opp i refleksjonsgruppen var i liten grad diskutert tidligere. Temaer

å organisere møtearenaer som gjør det mulig for alle deltakere å møte hver gang. De fleste gruppene valgte et tidspunkt i skjæringspunktet mellom dag- og kveldsvakt, slik at de som skulle på kveldsvakt kunne møte et par timer før. Forutsetningen var at dette ble kompensert, enten økonomisk eller ved avspasering.

Flere av deltakerne hadde i

spesielle utfordringen på en annen og bedre måte. Det vil si at refleksjonsarbeidet er oppgavefokustert, ikke person- eller følelsesfokustert. Loggen fungerer som en struktur for egen refleksjon, samtidig blir den et bindeledd til det som foregår på gruppenivå. Deltakerne både gis og tar ansvar ved å ville prøve ut nye oppgaveløsninger, og å dele dette med andre. For å få til dette har vi etablert en modell med faste, tverrfaglige grupper, som skaper trygghet for å legge fram episoder den enkelte strever med. Dette bidrar samtidig til økt åpenhet og fellesskap i arbeidsmiljøet. Vår modell skiller seg også noe fra refleksjonsgrupper slik de tidligere har vært beskrevet innen sykepleierarbeid i Norge (35;36), som en form for veiledning som er temabasert, ledet av en lærer og der oppmøtet er mer uforpliktende. Det vil si at gruppens medlemmer varierer fra gang til gang. Dette karakteriserer også det som betegnes som «avdelingsvis veiledning» som er lite preget av kontinuitet med hensyn til hvem som er til stede (37). På den annen side har vår tilnærming mange felles trekk med modeller for læring på arbeidsplassen blant sykepleiere, beskrevet i internasjonal litteratur (28;29;38).

Vi har kombinert selvrefleksjon og loggføring med gruppe-refleksjon. I refleksjonsgruppen bringer aktørene aktuelle utfordringer inn i en strukturert dialog. Dialogen skal føre fram til en handlingsplan for alternativ oppgaveløsning og bedre mestring. Når aktøren neste gang møter liknende utfordringer, vil refleksjon i situasjonen være det som utløser en planlagt forbedret atferd.

Vår erfaring var at to timer refleksjon hver fjortende dag bidro til bedre mestring og styrket faglig selvfølelse. Dette gjaldt

” Vår erfaring var at to timer refleksjon hver fjortende dag bidro til bedre mestring og styrket faglig selvfølelse.

som vold og seksuell trakassering var dels tabubelagte. I løpet av prosessen ble den enkelte mer bevisst både egen håndtering av utfordringene, og på hvordan andre møtte denne type situasjoner. Diskusjonene avdekket med andre ord hvilken kunnskap som fantes med hensyn til å håndtere både den aktuelle situasjonen, og denne type utfordringer mer generelt. Dette bidro til økt forståelse av at også andre erfarte utfordringer, det vil si mindre grad av privatisering. Tverrfagligheten i gruppen var en styrke, og bidro til følelse av fellesskap og økt respekt for hverandres arbeid.

Vårt utgangspunkt for etablering av refleksjonsgrupper var at en slik tilnærming først og fremst egnet seg for episoder som var knyttet til ansattes relasjonelle arbeid. Dette syntes vi å få bekrefte. Spørsmål de ikke hadde beslutningsmyndighet til å endre, for eksempel knyttet til organisering av arbeidet, var mindre egnet.

Gruppene var gjennomgående, med faste deltakere. Ingen sluttet i løpet av prøveperioden, og det var svært lite frafall på grunn av sykdom, ferie eller avspasering. Men i organisasjoner der ansatte går turnus er det en utfordring

utgangspunktet problemer med å fylle ut «loggen». Dette var dels knyttet til usikkerhet med henhold til hva som var en «riktig» måte å beskrive utfordringer på, dels at mange var utrenet med å skriftliggjøre tankene. Det måtte understrekes flere ganger at det her ikke var noe som var riktig eller galt, men at de med egne ord, i en enkel form, skulle skrive ned sine erfaringer. Vi samlet inn 50 «logger» i denne fasen, det vil si at ikke alle skrev ned episodene de la fram, og ikke alle ønsket å levere fra seg «loggen». Utviklingsfasen resulterte i en håndbok, en veileder for hvordan en kan drive denne type refleksjonsarbeid (33).

DISKUSJON

Denne måten å arbeide på har mange fellestrekk med ulike former for gruppeveiledning. Møtene er formalisert og avtalt på forhånd, de har et formulert mål, det er tydelig hva som er deltakernes oppgaver i gruppen, og de forplikter seg til aktiv involvering i en prosess (4). Det som kjennetegner vår modell, er at det fokuseres på konkrete arbeidsoppgaver; hvordan en problemsituasjon har oppstått og hvordan den enkelte pleier kan håndtere denne

i særlig grad de med minst utdanning. Disse gruppene hadde få arenaer hvor de kunne diskutere faglige spørsmål. Dette problemet forsterkes ved at mange av disse formelt sett bare var ansatt i deltidstillinger, selv om de reelt sett arbeidet mye mer. Ansatte i pleie- og omsorgssektoren i kommunene har i mindre grad enn sykehussektoren hatt tilbud om kompetansehevede tiltak (39), og det har vært liten tradisjon for å drive veiledning i denne sektoren (37). Behovet for denne type arenaer er kanskje spesielt stort blant de som har lite kompetanse fra før.

I utprøvningsfasen møtte vi noen sentrale utfordringer som

må håndteres dersom gruppene skal fungere og bidra til å skape robuste kulturer for refleksjon. For det første er det viktig at prosjektet forankres både i topp og bunn i organisasjonen. Det vil si at ledelsen må informeres og aktivt støtte prosjektet ved å sikre de nødvendige rammebetingelsene. Deretter må det informeres i organisasjonens ulike fora, ikke bare ved oppstart og invitasjon til å delta, men også underveis når møtene skal holdes. Dette er viktig for å skape legitimitet i organisasjonen og for at de som deltar kan gå fra arbeidet uten dårlig samvittighet. Å være en lærende organisasjon slik vi har erfart det, krever ikke

mye tid, likevel er tiden et sprinngende punkt i moderne helse-tjeneste. Turnus, deltid, fravær og lav bemanning er nøkkelvariabler. Det er krevende å finne tid til å møtes i et forpliktende diskusjonsfelleskap. Vår erfaring er at slike utfordringer kan løses ved god planlegging, informasjon og mulighet for å kompensere oppmøte på fritiden.

Prosjektet videreføres, dels ved at arbeidsorganisasjonene fra den første fasen selv har jobbet videre med nye refleksjonsgrupper, dels ved opplæring av lokale fasilitatorer i flere kommuner som selv initierer og driver refleksjonsgrupper på sin arbeidsplass.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Kommunal pleie- og omsorgsstatistikk. [http://www.ssb.no/pleie/]. Statistisk sentralbyrå oppdatert 2008.
2. Sosial- og Helsedirektoratet. Rekrutteringsplan for helse-sosialpersonell 2003-2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. nr 3.
3. Helsedirektoratet. Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006. Rekruttering for bedre kvalitet. Oslo 2008. Rapport nr 4.
4. Bang S, Heap K. Skjulte ressurser: om veiledning i grupper. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
5. Boge M, Markhus G, Moe R. Læring gjennom veiledning. Meningskaping i grupper. Oslo: Fagbokforlaget; 2005.
6. Teslo AL. Mangfold i faglig veiledning. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
7. Amble N, Enehaug H, Forseth U., Gjerberg E, Grimsmo A, Iversen T. Arbeidsmiljø og mestring hos frontlinjearbeidere i flytransporttjenesten. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2003. Rapport nr 6.
8. Amble N, Gjerberg E. Emosjonelt arbeid og mestringspraksis. Sosiologisk Tidsskrift 2003;11(3): 248-72.
9. Forseth U. Boundless Work – Emotional Labour and Exhaustion in Interactive Service Work and Occupation NTNU; 2001.
10. Hochschild A. The Managed Heart. Commercialization of Human Feelings. London: England University of California Press; 1983.
11. Wharton A. The Affective Consequences of Service Work. Work and Occupation 1993;2(2): 205-32.
12. Morris AJ, Feldman DC. The Dimensions Antecedents and Consequences of Emotional Labour. Academy of Management Review 1996;4(4): 986-1010.
13. Johns C. The value of reflective practice for nursing. J Clin Nurs 1995;4(1): 23-30.
14. Schön D. Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey Bass; 1987.
15. Schön D. The Reflective Practitioner: How professionals think in action. New York: Basic Books; 1983.
16. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol 1986;50(5): 992-1003.
17. Knardahl S. Kropp og sjel. Psykologi og helse. Oslo: Universitetsforlaget; 1998.
18. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
19. Vifladt EH, Hope L. Helsepedagogikk. Samhandling om læring og mestring.: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom; 2004.
20. Grimsmo A, Sørensen B, Løkken O. Det moderne tjenerskap: Varm på bena, kald i hjertet? Noen sider ved arbeidsmiljøet i tjenesteyting. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 1992. nr 12.
21. Sørensen B, Grimsmo A. Varme og kalde konflikter i det nye arbeidslivet. Oslo: Tiden Norsk Forlag AS; 2001.
22. Sørensen B. Det grådige arbeidslivet. I: Roness A, Mathiesen SB, editors. Utbrent: Krevende jobber – gode liv? Bergen: Fagbokforlaget; 2002. p. 116-43.
23. Bandura A. Self-efficacy. The Exercise of Control. New York: Springer Publishing Company; 1997.
24. Bandura A. Cultivate Self-Efficacy for Personal Organizational Effectiveness. I: Locke EA, editor. Handbook of Principles of Organizational Behaviour. Oxford: Blackwell; 2000.
25. Finger M, Brand SB. The concept of the «learning organization» applied to the transformation of the public sector. I: Organizational Learning and the Learning Organization. M. Easterby-Smith, L. Araujo and J. Burgoyne utg. London: Sage; 1999.
26. Eikeland O, Ausland LH, Enehaug H, Klemsdal L, Widding S. Har systematisk læring på arbeidsplassen noe med livsfase- og seniorpolitikk å gjøre? Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2006. Rapport nr 5.
27. Atkins S, Murphy K. Reflection: a review of the literature. J Adv Nurs 1993;18(8): 1188-92.
28. Carkhuff MH. Reflective learning: work groups as learning groups. J Contin Educ Nurs 1996;27(5): 209-14.
29. Hannigan B. A discussion of the strengths and weaknesses of 'reflection' in nursing practice and education. J Clin Nurs 2001;10(2): 278-83.
30. Reason P, Bradebury H. Introduction. I: Reason P, Bradebury H, editors. Handbook of Action Research. London: SAGE; 2001. p. 1-14.
31. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Tano Aschehoug; 1996.
32. Dysthe O, Hertzberg F, Hoel TL. Skrive for å lære. Skrivning i høyere utdanning. Oslo: Abstract forlag; 2000.
33. Amble N, Gjerberg E. Hjerte, hode, hender – et refleksjonsverktøy for mestring i pleie- og omsorgstjenesten. Arbeidshåndbok. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet; 2007.
34. Gustavsen B. Theory and Practice: The Mediating Discourse. I: Reason P, Bradebury H, editors. Handbook of Action Research. London: Sage; 2001. p. 17-27.
35. Tennø EH. To tenker bedre enn en. Sykepleien 2005;15:58-9.
36. Fermann T, Horntvedt R. Den gode samtalen. Sykepleien 2006;19:62-3.
37. Bergland Å, Hestetun M, Kristiansen M. Veiledning: Erfaring med avdelingsvis veiledning. Sykepleien 2003;18:46-8.
38. Haddock J. Reflection in groups: contextual and theoretical considerations within nurse education and practice. Nurse Educ Today 1997;17(5): 381-5.
39. Thidemann IJ. Vi bare tar oss av hverandre. Sykepleien 2002;19:42-6.