

«Det er mye å gjøre og for få hender»

*En casestudie om kunnskapsdeling mellom
sykepleiere*

Anne Thon Hjersing



Masteroppgave i pedagogikk
Læring, teknologi og arbeid

Institutt for pedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

01.06.2018

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

«Det er mye å gjøre og for få hender»
En casestudie om kunnskapsdeling mellom sykepleiere

AV:

Anne Thon Hjersing

EKSAMEN:

Master i pedagogikk
Studieretning: Kunnskap, utdanning og læring
Spesialisering: Læring, teknologi og arbeid

SEMESTER:

Vår 2018

STIKKORD:

Kunnskap, kunnskapsdeling, tillit, SEKI-modellen, teorien om *ba*, profesjon, IKT

© Anne Thon Hjersing

2018

«Det er mye å gjøre og for få hender»

Anne Thon Hjersing

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Studiens tema og område

Denne studien handler om kunnskapsdeling mellom sykepleiere på et sykehjem i Oslo kommune. Kunnskapsdeling er ifølge Styhre (2011) selve livsnerven hos profesjoner og å holde seg oppdatert på kunnskap er et sentralt tema for profesjoner. I dag blir kunnskap sett på som en stor ressurs for verdiskaping i organisasjoner, hvor deling av kunnskap blir viktigere og viktigere for å holde tritt med det økende kunnskapsnivået i samfunnet. Som essensielt for kunnskapsdeling ligger begrepet tillit som har effekt på både arbeidsmiljø og de ansattes trivsel på arbeidsplassen. Det må skapes og gis energi til kontekster og steder for at kunnskapsdeling skal skje, noe Nonaka og Takeuchi (1995) legger vekt på i sin modell om hvordan kunnskapsdeling skjer.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi spiller en viktig rolle i jobbsammenheng og har de senere årene blitt en selvfølgelighet på de fleste arbeidsplasser. På et sykehjem har de både pasientalarmer som er tilkoblet telefoner sykepleierne bruker og elektroniske pasientjournaler. Som nevnt over er tema for oppgaven kunnskapsdeling mellom sykepleiere og for å kunne si noe om dette fenomenet har jeg stilt følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvordan foregår kunnskapsdeling på et sykehjem?*
2. *På hvilke steder skjer kunnskapsdeling?*
3. *Hvordan innvirker IKT-systemer på kunnskapsdelingen?*

Oppgavens teoretiske begrepsressurser er hovedsakelig inspirert av Nonaka og Takeuchi (1995) sin SEKI-modell som inkluderer teorien om *ba*, som bygger på kunnskap og kunnskapsdeling på individnivå. *Ba* er en kunnskapshjelpende kontekst som bidrar til at deltakerne kan dele kunnskap gjennom mentale, fysiske og virtuelle *ba* (Krogh et al., 2001). For å kunne plassere denne modellen og teorien i en annen kontekst enn den var ment for har jeg fokusert på de fire prosessene i SEKI-modellen: sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering, og teorien om *ba* hvor tillit utgjør en vesentlig del.

Metode

Oppgaven er en kvalitativ casestudie utført på et sykehjem for å undersøke hvordan kunnskapsdeling foregår mellom sykepleiere. Metoden som har blitt brukt for å forske på dette fenomenet er kvalitative forskningsintervjuer. Hensikten var også å observere noen dager for å få et bilde av hvor og hvordan deling av kunnskap skjer, men det ble tidsmessig veldig vanskelig å gjennomføre. Etter gjennomføringen av intervjuene, ble disse transkribert og kodifisert for å bli brukt i analysen. Analysestrategien jeg har brukt er inspirert av Braun og Clarke (2006) sine seks punkter i deres tematiske analyse.

Hovedfunn og konklusjon

Analysen tyder på at det er utfordringer på arbeidsplassen som preger både tillit og kunnskapsdeling, men det er enighet mellom informantene at man må stole på hverandre og seg selv i en jobb som sykepleier. Funnene tyder på at det er et ønske å dele kunnskap og at noen av informantene forsøker å gjøre det gjennom arbeidsdagen. Videre er det enighet om at, at de alltid trenger mer kunnskap og erfaring. Det er lite bevissthet rundt kunnskapsdeling, men det skjer i både formelle og uformelle kontekster. Hvor ulike *ba* fungerer som en kontekst for at det skjer i stor eller mindre grad.

Det finnes utfordringer som hindrer effektiv kunnskapsdeling, som både går på tidsaspektet, kulturelle og språklige ulikheter og IKT de bruker gjennom arbeidsdagen. De bruker mye tid på å ha velfungerende teknologiske systemer fordi det er viktig både for pasientsikkerheten, men også de mulige stedene for kunnskapsdeling. Et viktig funn i denne oppgaven handler om at sykepleierne i stor grad har et ubevisst forhold til kunnskapsdeling. Videre tyder analysen på at informasjonssystemet sykepleierne bruker på arbeidsplassen er den mest signifikante og uformelle konteksten for kunnskapsdeling. Som nevnt over er det største hinderet for at kunnskapsdeling skal skje tidspresset som oppstår med IKT som ikke fungerer og uforutsette hendelser.

Forord

Etter et par års pause fra studielivet var det godt å komme tilbake til Helga Engs hus med dyktige forelesere, spennende emner og lærerike praksisperioder. Med denne masteroppgaven er studielivet igjen over. Jeg avslutter to år på Universitetet i Oslo med ydmykhet, stolthet og en smule lettelse.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til Hans Christian Arnseth som har holdt ut som min veileder disse månedene. Takk for gode råd og tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Det har vært konstruktive, betydningsfulle og ikke minst latterfylte veiledningstimer – tusen takk!

En stor takk går også til sykehjemmet, med sykepleierne som var villige til å dele sine tanker og erfaringer. Tusen takk for at dere var åpne og ærlige med meg!

Også, til min gode venninne, spirituelle veileder og korrekturleser gjennom disse to årene, Sara. Takk for at du fikk meg til å søke på denne masteren, takk for at du har tatt deg tid til å lese igjennom mine oppgaver og gitt meg ris og ros. Tusen takk for at du har alltid har vært positiv – og for at du alltid kommer med oppmuntrende ord!

Tusen takk til lillesøster Emely, som har laget utallige digge lunsjer jeg har hatt med på lesesalen. Takk til storesøster Ingrid og Ole som har bragt verdens største glede inn i livet mitt – lille Victor. Og takk til mamma og pappa som alltid er der – uansett.

Til alle mine medstudenter – takk for alle fester, spillekvelder og sammenkomster de siste to årene. Takk for morsomme og lærerike stunder både på og utenfor lesesalen og ikke minst de tusenvis av Snapchattene som har blitt sendt.

Jeg gleder meg til fortsettelsen!

Anne Thon Hjersing

Oslo, mai 2018

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn og aktualitet.....	1
1.2	Tema og problemstilling.....	3
1.3	Oppgavens struktur og avgrensing	5
2	Teori	7
2.1	Hva er kunnskap?	7
2.1.1	Praksis- og eiendomsorientert perspektiv på kunnskap	8
2.1.2	Taus og eksplisitt kunnskap	8
2.1.3	Kritikk av distinksjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap.....	9
2.2	Kunnskapsdeling	10
2.3	Tillit	11
2.4	Nonaka og Takeuchis SEKI-modell	13
2.4.1	Sosialisering – fra taus til taus.....	15
2.4.2	Eksternalisering – fra taus til eksplisitt	15
2.4.3	Kombinering – fra eksplisitt til kompleks eksplisitt	16
2.4.4	Internalisering – fra eksplisitt til taus	16
2.4.5	<i>Ba</i> – stedet der kunnskap skapes og deles	17
2.4.6	Fire typer <i>ba</i>	18
2.4.7	Bygge, skape og gi energi til <i>ba</i>	19
2.4.8	Kritikk av SEKI-modellen	21
2.5	Oppgavens analytiske begrepsressurser	22
3	Metode.....	24
3.1	Kvalitativ metode	24
3.1.1	Casestudie.....	25
3.1.2	Beskrivelse av min case	26
3.2	Forskningsdesign	26
3.2.1	Tema og forskningsspørsmål	27
3.2.2	Informanter.....	27
3.2.3	Kløvandal Bo.....	29
3.2.4	Intervju	29
3.3	Datainnsamling.....	30
3.3.1	Utforming av intervjuguide	30
3.3.2	Intervju	31
3.4	Etiske aspekter.....	34

3.4.1	Informert samtykke	34
3.4.2	Konfidensialitet	34
3.4.3	Min rolle som forsker	35
3.5	Analyseprosessen.....	36
3.5.1	Fra muntlig samtale til skriftlig tekst	36
3.5.2	Analysestrategi	36
3.6	Studiens kvalitet	38
3.7	Oppsummering	39
4	Analyse del 1	40
4.1	Utfordringer	40
4.2	Tillit	43
4.3	Kunnskapsdeling	46
4.4	Oppsummering	49
5	Analyse del 2.....	51
5.1	SEKI-modellen	51
5.1.1	Sosialisering	51
5.1.2	Eksternalisering.....	52
5.1.3	Kombinering.....	54
5.1.4	Internalisering.....	57
5.2	<i>Ba</i> – den muliggjørende konteksten	59
5.2.1	Felles mål – mentale <i>ba</i>	59
5.2.2	Vaktbytte, lunsj og stellesituasjon – fysiske <i>ba</i>	59
5.2.3	Gericas – virtuelle <i>ba</i>	61
5.2.4	Bygge, skape og gi energi til <i>ba</i>	62
5.3	Gericas og pasientalarmer	64
5.4	Oppsummering	66
6	Diskusjon.....	68
6.1	Kunnskapsdeling på Kløvendal	68
6.2	Hvor skjer kunnskapsdeling?.....	71
6.3	Hvordan har IKT innvirkninger på kunnskapsdelingen?	74
7	Konklusjon og oppsummering	76
	Litteraturliste	81
	Vedlegg	84
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	85
	Vedlegg 2: Samtykkeerklæring.....	88
	Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	90

Tabeller og figurer

Tabell 1: <i>To typer kunnskap</i> (Nonaka & Takeuchi, 1995 s. 61)	9
Figur 1: <i>SEKI prosessen</i> (Nonaka et al., 2000 s. 12)	15
Figur 2: Fire typer ba (Nonaka et al., 2000, s. 16)	18
Tabell 2: Informanter	29
Tabell 3: Oppsummering analyse del 1	50
Tabell 4: Oppsummering analyse del 2.....	67
Bilde 1: En del av brukergrensesnittet til Gericca	71

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn og aktualitet

Det sies at kunnskapsdeling er en forutsetning for organisatorisk suksess (Krogh, Nonaka & Ichijo, 2001). Kunnskapsdeling handler om å bruke kunnskapen innad i organisasjonen ved å samarbeide og dele erfaringer, kunnskap og feil. Kunnskap og kompetanse på for eksempel et sykehjem kan være å ta blodprøve eller dele ut og dosere medisiner. Det er kunnskap de fleste ansatte må besitte for å kunne arbeide der. Styhre (2011) fremhever at kunnskapsdeling er grunnlaget for profesjonelt arbeid, samtidig som det er vanskelig å oppnå. Målet med kunnskapsdeling er tilegnelse av ny kunnskap, utnyttelse av eksisterende kunnskap og utvikling av ny kunnskap (Filstad, 2014).

Denne masteroppgaven handler om kunnskapsdeling mellom sykepleiere på et sykehjem i Oslo kommune.

Denne studien er relevant med tanke på kunnskapsdeling fordi det er et behov for økt kunnskap og økt kvalitet på eldreomsorgstjenestene. Dette blir tydeliggjort i St. Meld. 15 2017-2018 *Lev hele livet – En kvalitetsreform for eldre* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), hvor regjeringen foreslår 25 konkrete løsninger på områder hvor tilbudet til eldre ofte svikter per dags dato. I stortingsmeldingen foreslås det blant annet at kommunene vil få muligheten til å delta i et læringsnettverk, med hensikt om å dele erfaringer og lære av hverandre. Status på saken på nåværende tidspunkt er at stortingsmeldingen er til behandling i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget (Stortinget, 2018).

Sykepleie er ansett å være et profesjonsyrke, i likhet med for eksempel advokater og leger. Profesjoner har en viktig plass i samfunnet fordi de har en spesialisert teoretisk kunnskap de bruker for å kunne løse praktiske problemer. Jensen, Lahn og Nerland (2012) påpeker at mennesker oppsøker eksperter for å innhente svar og løsninger på deres problemer. Profesjonene forvalter store samfunnsressurser og tar ofte valg som har store konsekvenser for andre menneskers liv (Molander & Terum, 2008, s. 13). Behovet for profesjonen sykepleie vil øke i takt med befolkningens gjennomsnittlige levealder og vi blir mer og mer avhengige av sykepleiernes ekspertise (Skjøstad, 2017).

Brukerne av samfunnets eldreomsorgstjenester trenger kompetansen til profesjonene, og det kan sies at spesielt pårørende har tillit til at denne kompetansen er tilstede når de overlater sine kjære til profesjonelle yrkesutøvere, herunder sykepleiere. Dette kan for eksempel være fordi man har forventninger om at en sykepleier skal kunne gi den omsorgen og pleien pasientene trenger og har behov for. I motsetning til tidligere da omsorg stort sett var knyttet til familien, er omsorg og pleie i større grad institusjonalisert i dag, som igjen vil knytte forventninger om ekspertise og kunnskap til sykepleierne. Dette vil for eksempel omhandle kunnskaper om ernæring, sårstell, pleie eller medisiner som tilsier at deling av kunnskap vil være essensielt for å ta del i denne profesjonen. Dette vil være særlig viktig gjennom praksis i utdanning og for nyansatte.

Styhre (2011) har fremholdt at kunnskapsdeling er selve livsnerven hos profesjoner og han påpeker videre viktigheten av kunnskapsdeling for at profesjoner skal overleve i dagens samfunn. Dette kan være fordi å dele kunnskap seg imellom eller gjennom informasjonssystemer i organisasjonen gjør det mulig for profesjoner å etablere nye rutiner, prosedyrer eller kunnskaper som blir monopolisert til yrket. Dette kan eksempelvis være utviklingen av nye medisiner med mindre bivirkninger eller nye metoder for sårstell som sykepleierne skal ha kunnskaper om.

I en studie utført av Bing-Jonsson, Foss og Bjørk (2016) sammenlignet de den forventede kompetansen og den faktiske kompetansen i kommunehelsetjenestene. Studien viser at det er en klar ubalanse mellom ønsket og faktisk kompetanse. De hevder videre at det generelt er dårlige muligheter for kompetanseutvikling i helsesektoren, selv om det er et økende behov for både kunnskap og kompetanse i kommunehelsetjenestene (Bing-Jonsson et al., 2016).

Å velge å ta del i et profesjonsyrke som sykepleier, innebærer flere viktige momenter. Et av momentene som blir fremhevet som den viktigste er å aktivt lete etter ny kunnskap og nye innsikter (Simons & Ruijters, 2014; Styhre, 2011). Det knyttes forventninger om ekspertise og kunnskap hos sykepleierne, fordi de har en rolle som både formidlere og fortolkere (Molander & Terum 2008). Enkelt forklart handler det om at sykepleierne besitter ekspertkunnskaper, hvor den tause kunnskapen må fortolkes og formidles som forståelig eksplisitt kunnskap til for eksempel beboere eller pårørende. Styhre (2011) påpeker viktigheten av å skape gode rutiner for å dele kunnskap for å opprettholde profesjonenes status og identitet. I likhet med Styhre (2011) spør Lahn og Jensen (2008) om profesjonene har evne til å holde følge i det kunnskapsintensive samfunnet vi lever i?

I likhet med profesjonsbegrepet har det blitt utviklet en rekke definisjoner for kunnskapsbegrepet opp igjennom historien, hvor det for eksempel er blitt fokusert på distinksjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap. Allikevel er det relativt stor enighet om kunnskapens posisjon i samfunnet og at kunnskapsnivået generelt øker (Jensen et al., 2012; Molander & Terum, 2008; Newell, Robertson, Scarbrough, & Swan, 2009). Kunnskap har de seneste årene blitt sett på som en stor ressurs for verdiskaping, og kunnskapsdeling har blitt satt på dagsorden.

Kunnskap skiller seg fra andre ressurser ved at den ikke er en knapp ressurs. Tvert imot vil kunnskapen øke i verdi jo mer den deles og brukes. Dette får igjen betydning for hvordan kunnskapsressursene bør forvaltes og foredles. Både nasjoner, institusjoner, organisasjoner og bedrifter blir i økende grad avhengige av å ha gode systemer for samarbeid og deling av kunnskap. (Kunnskapsdepartementet, 2004 s. 23).

For å dele kunnskap er det flere som påpeker at tillit er et svært viktig fundament for at kunnskapen skal bli tilgjengeliggjort for andre i organisasjonen (Filstad, 2010; Filstad, 2014; Irgens, 2007; Jensen et al., 2012; Krogh et al., 2001; Molander & Terum, 2008; Newell et al., 2009; Nonaka & Takeuchi, 1995; Nonaka, Toyama, & Konno, 2000). For at tillitsrelasjoner skal utvikle seg på jobben er det viktig å bygge opp under et arbeidsmiljø som har fokus på utvikling og samarbeid (Lai, 2013).

Som pedagogikkstudent har jeg utviklet en interesse for kunnskapsdeling mellom profesjoner, og hvor viktig det er å dele kunnskap, ikke bare for å opprettholde profesjonens ekspertise, men også fordi kunnskap har de senere år blitt sett på som en verdi og ressurs for at organisasjoner skal utvikle seg og være konkurransedyktige.

1.2 Tema og problemstilling

Kunnskap er et omfattende begrep, men oppgaven vil i hovedsak fokusere på kunnskap som både noe individ har (taus kunnskap) og noe som vi gjør gjennom handlinger, kollektiver og systemer. Som tidligere nevnt fokuserer denne oppgaven på kunnskapsdeling fordi det er et økende behov for organisasjoner å ha gode utviklede systemer for kunnskapsdeling. Organisasjonene er ansvarlig for å ha gode systemer for at ting skal fungere, som for eksempel kan kobles opp mot kvalitetssikring av tjenester eller å oppfylle forventningene brukerne har til tjenestene. Å dele kunnskap er ikke bare for å ha et konkurransefortrinn innenfor helsesektoren, men det er også viktig for å kunne gi beboere best mulig pleie og en verdig avslutning på livet.

Funn fra denne studien kan bidra til å belyse problemer i samfunnet (Thagaard, 2009), som for eksempel er det å arbeide for bedre helsetjenester, som vil bidra til å øke de ansattes trivsel (Høie, 2017), som igjen vil påvirke deres kunnskapsdelende praksiser.

Jeg ønsket å studere kunnskapsdeling på et sykehjem fordi jeg har jobbet som pleieassistent i flere år nå og vært vitne til flere mulige steder hvor kunnskap deles og hvordan det kan skje mer effektivt. Når jeg begynte å tenke på hvilke steder/kontekster kunnskapsdeling faktisk kunne skje og om det er et fundament av tillit på arbeidsplassen for å muliggjøre dette, fant jeg fort ut at dette må jeg undersøke nærmere.

I et profesjonsyrke ligger det en distinksjon mellom begrepene ansvar og ansvarlighet. Innenfor ansvarsaspektet ligger begrepet tillit, som handler om det å ha tillit til at sykepleiere skal kunne gi den best mulige pleien og omsorgen til beboeren. Profesjonelle har tillit seg imellom og de forpliktet til å handle i andres interesser (Solbrekke & Englund, 2011). Ansvarlighet ligger i det å kunne begrunne og svare for sine handlinger til andre og samfunnet generelt. Konsekvensen av å fokusere på ansvarlighet er at praksisen blir rettet mot kontroll i stedet for tillit. Å arbeide profesjonelt er ifølge Solbrekke og Englund (2011) å klare å balansere kravene om å rapportere og dokumentere for prosedyrer de har utført (ansvarlighet) og faktisk være med å ta vare på pasienten (ansvar), som krever både erfaring og vitenskapelig kunnskap.

Ifølge Befring (2004) styrker forutsetningene for å finne relevante problemstillinger når man har personlige erfaringer, eller et personlig utgangspunkt for valg av tema, noe jeg har. Jeg fant fort ut at jeg ønsket å studere kunnskapsdeling på individ- og gruppenivå, fordi det er det mest grunnleggende elementet i kunnskapsdelingen (Nonaka & Takeuchi, 1995). Sykepleierne står i relasjoner og kontekster ikke bare med andre sykepleiere, men informasjons- og kommunikasjonsteknologi [IKT] gjennom arbeidsplassen, som det også vil bli fokusert på gjennom oppgaven. Dette vil kunne bidra til at sykehjem kan lære av hverandre og dermed øke kvaliteten på eldreomsorgstjenestene.

Oppgaven er inspirert av to ledende japanske organisasjonsekspertene Nonaka og Takeuchi (1995) sin forståelse av hvordan kunnskap skapes, hvor fundamentet for å skape kunnskap ligger i deling av kunnskap mellom individer. Tillit mellom profesjoner blir trukket inn som et viktig grunnlag for kunnskapsdeling videre i oppgaven og det blir studert hvordan IKT har innvirkning på kunnskapsdelingen. Førstnevnte opererer med en modell, SEKI-modellen, som bygger på det mest grunnleggende i en organisasjon, nemlig menneskelig kunnskap. I denne

modellen utviklet de teorien om *ba*. *Ba* er stedet eller konteksten der kunnskapsdeling skjer, enten det er et fysisk, mentalt eller virtuelt sted (Krogh et al., 2001; Nonaka & Takeuchi, 1995). Tillit blir, som nevnt tidligere, et viktig begrep innad i profesjoner. Dette er, for det første, fordi samfunnet har i stor grad tillit til sykepleiere og deres ekspertise og for det andre fordi profesjonene bør ha tillit til hverandres kompetanse.

Oppgaven er en casestudie hvor jeg har studert hvordan deling av kunnskap skjer på et sykehjem. Temaet for oppgaven er kunnskapsdeling mellom sykepleiere og jeg har utarbeidet tre forskningsspørsmål:

1. *Hvordan foregår kunnskapsdeling på et sykehjem?*
2. *På hvilke stedet skjer kunnskapsdeling?*
3. *Hvordan innvirker IKT-systemer på kunnskapsdelingen?*

1.3 Oppgavens struktur og avgrensning

Sykehjemmet jeg har innhentet informasjon fra har mange ansatte med ulike stillingstitler, men av hensyn til oppgavens størrelse definerte jeg utvalg av sykepleiere- hvor jeg utførte fem semistrukturerte intervjuer. Dette presenteres i metodekapitlet, hvor jeg også beskriver mitt forskningsdesign, analysetilnærming og case. I kapittel to redegjør jeg for oppgavens teoretiske grunnlag. Jeg har valgt å redegjøre for kunnskapsbegrepet, kunnskapsdeling og tillit siden det er begreper som blir brukt gjennomgående i denne studien. Videre har jeg valgt å bruke deler av en modell (SEKI-modellen) som i utgangspunktet ble utviklet ut i fra japanske bedrifters suksess og hvordan kunnskap skapes i organisasjonen. Jeg har valgt å bruke deler av denne modellen fordi den i utgangspunktet for å skape kunnskap, fokuserer på individets kunnskapsdelende praksiser (Nonaka & Takeuchi, 1995). Analysedelen har jeg valgt å dele opp i to deler. I kapittel fire analyserer jeg datamateriale, hvor jeg forholder meg nært til informantenes meninger og synspunkter. I dette kapitlet analyserer jeg temaer som omhandler utfordringer, tillit og kunnskapsdeling på sykehjemmet. I kapittel fem fortsetter analysen, hvor jeg i større grad tolker datamateriale. SEKI-modellen og teorien om *ba* vil ta stor del av analysen. Avslutningsvis i kapittel fem analyserer jeg hvordan IKT-systemene utfordrer og muliggjør en mer effektiv arbeidsdag, som vil påvirke kunnskapsdelingen på sykehjemmet. Gjennomgående i analysedelen underbygger jeg mønstre, likheter og forskjeller ved hjelp av

sitater fra informantene. I kapittel seks har jeg forsøkt å diskutere funnene i lys av forskningsspørsmålene, med bidrag fra både teoridelen og metodedel. Avslutningsvis i kapittel syv forsøker jeg å oppsummere og konkludere, hvor jeg også kommer inn på begrensninger ved bruk av de teoretiske begrepsressursene og siste refleksjoner rundt studien.

2 Teori

For en profesjon i dag ser man tydelig at praksis både er basert på vitenskapelig kunnskap (teorier og hypoteser) og erfaringsbasert kunnskap (Gjevjon, Skaalvik, & Kjøstvedt, 2011). I likhet med Molander & Terum (2008) har Styhre (2011, s. 19) et fåtall elementer som tilsier at et yrke er en profesjon. Det første handler om at profesjonen bruker ekspertisekunnskap i sitt daglige arbeid, det andre handler om at det ligger til grunn en formell utdanning, og det tredje handler om det å få innpass som yrkesutøver etter endt utdanning, altså enkelt forklart: du må få deg en jobb innenfor ditt fagfelt. Styhre (2011) påpeker videre at selv om man finner karakteristikk som kan definere en profesjon, sier det lite om faktisk utførelse av jobben. «What all professionals share is the need to be able constantly to collaborate and interact with peers in the daily practice of their work» (Styhre, 2011, s. 31). Dette sitatet fremhever betydningen av å samhandle med andre gjennom arbeidsdagen, som er viktig for å dele kunnskap med hverandre.

Kunnskap er et av de mest komplekse begrepene å forsøke å definere, så jeg vil videre i teoridelen forsøke å sette begrepet inn i oppgavens kontekst. Etter en redegjørelse av teori som vil bli brukt videre i oppgaven, vil jeg i analysedelen forsøke å lage et rom slik at diskusjonskapitlet drøfter hvordan de teoretiske begrepsressursene jeg har redegjort for kan belyses i praksis. For å studere kunnskapsdeling på en arbeidsplass er det viktig å ha teoretiske begrepsressurser å forholde seg til for å få en større forståelse av fenomenet (Thagaard, 2009).

Teorikapitlet er inndelt slik: del 2.1 handler om kunnskapsbegrepet og ulike syn på hva kunnskap er og del 2.2 og del 2.3 handler kunnskapsdeling og tillit. I del 2.4 redegjør jeg for Nonaka og Takeuchis SEKI-modell hvor jeg også gjør rede for teorien om *ba*, «stedet» der kunnskap skapes og deles. Avslutningsvis i kapitlet, del 2.5, forsøker jeg å redegjøre for mitt analytiske rammeverk.

2.1 Hva er kunnskap?

«Kunnskap er et av de begrepene vi vanligvis oppfatter som svært meningsfullt, positivt, lovende og samtidig vanskelig å gi en kort og grei definisjon av» (Krogh et al., 2001, s. 20). Det finnes ulike forståelser for hva kunnskap er og det er en pågående diskusjon om hvordan kunnskap defineres og ifølge Newell et al. (2009) vil det ikke bli løst med det første. Jeg har

valgt å redegjøre for to ulike perspektiv på kunnskap fordi modellen jeg er inspirert av har jeg tolket at ligger i spenningsfeltet mellom praksis- og eiendomsorientert perspektiv på kunnskap (Cook & Brown, 1999). Videre blir det redegjort for kunnskapsbegrepet slik det fremstår i SEKI-modellen som bygger på taus og eksplisitt kunnskap

2.1.1 Praksis- og eiendomsorientert perspektiv på kunnskap

I Cook og Brown (1999) blir to tilnærminger til kunnskap fremhevet, hvor det ene blir omtalt som epistemology of possession (eiendomsorientert perspektiv) og det andre blir omtalt som epistemology of practice (praksisorientert perspektiv). I et eiendomsorientert perspektiv, blir kunnskap sett på noe som individ eier eller har. Det legges vekt på den kognitive ressursen individ har til å utvikle, legge til og bruke kunnskapen for å øke effektivitet og kvalitet på arbeidsplassen.

I det praksisorienterte perspektivet, blir kunnskap sett på som noe individ gjør. Kunnskapen skapes i samhandlingen med andre og legger stor vekt på det sosiale aspektet i det å skape og dele kunnskap. Cook og Brown (1999) påpeker at kunnskapen ikke eies slik det fremheves i det eiendomsorienterte perspektivet, men kunnskapen blir skapt og delt gjennom sosiale interaksjoner. For eksempel, har sykepleiere tilgang til manualer for å sette sprøyter, men som profesjonen sykepleier tilsier trenger de å praktisk erfare dette for å faktisk lære noe og kunne utføre prosedyren.

Hvorfor jeg har tolket at SEKI-modellen ligger i spenningsfeltet mellom de to synene på kunnskap er fordi Nonaka og Takeuchi (1995) fokuserer både på den kunnskapen individet har og den kunnskapen som synliggjøres i mellommenneskelige relasjoner, i prosessen hvor taus kunnskap konverteres til eksplisitt.

2.1.2 Taus og eksplisitt kunnskap

Kunnskap kan være det man selv har erfart og fått kunnskap om i spesifikke situasjoner, som gjør den både taus og vanskelig å kommunisere til andre. På en annen side kan kunnskap vises til det man «vet», som er den eksplisitte kunnskapen som er enklere å kommunisere til andre. Denne distinksjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap stammer fra Michael Polanyi, en ungarsk filosof (1962, referert i Newell et al., 2009) sitt verk om personlig kunnskap.

Polanyi (1962, referert i Newell et al., 2009) påpeker at et viktig moment i den tause kunnskapen er at vi kan så mye mer enn vi klarer å beskrive og forklare til andre, eller slik Polanyi (1966, s. 4, sitert i Nonaka & Takeuchi, 1995, s. 60) forklarer det: «We can know more than we can tell». For eksempel er det mange mennesker som «vet hvordan» man svømmer, men det er vanskelig å forklare hvordan man gjør det til en som ikke har erfart det selv. Den tause kunnskapen er i tillegg svært personlig, hvor intuisjon, subjektive meninger, handlinger, verdier og følelser er dypt festet i både hode og kropp hos individet (Nonaka et al., 2000). Taus kunnskap defineres videre som kunnskap som individer har, basert på deres personlige erfaringer (Newell et al., 2009).

Eksplisitt kunnskap er kunnskap det er lett å gi uttrykk for. Denne type kunnskap er overførbart i det formelle og systematiske språket (Nonaka & Takeuchi, 1995). «Explicit knowledge can be expressed in formal and systematic language and shared in the form of data, scientific formulae specifications, manuals and such like. It can be processed, transmitted and stored relatively easily» (Nonaka et al., 2000, s. 7). Tabell 1 viser noen viktige distinksjoner mellom taus og eksplisitt kunnskap.

Tacit knowledge (Subjective)	Explicit knowledge (Objective)
Knowledge of experience (body)	Knowledge of rationality (mind)
Simultaneous knowledge (here and now)	Sequential knowledge (there and then)
Analog knowledge (practice)	Digital knowledge (theory)

Tabell 1: *To typer kunnskap* (Nonaka & Takeuchi, 1995 s. 61)

Når distinksjonen mellom taus og eksplisitt blir tydeliggjort i en slik tabell, er det viktig å påpeke at eksplisitt kunnskap blir taus. Den tause kunnskapen (noe vi har) blir brukt i handlingene, hvor den må appliseres gjennom praksis (noe vi gjør).

2.1.3 Kritikk av distinksjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap

Taus og eksplisitt kunnskap har i senere tid blitt utsatt for kritikk (Cook & Brown, 1999; Gourlay, 2006; Orlikowski, 2002; Tsoukas, 2002). Orlikowski (2002) argumenterer for at en grunnleggende distinksjon av kunnskap ligger i det at kunnskap er både noe statisk, separat størrelse («knowledge») og kunnskap som en del av handlingen og er gjensidig avhengig av

aktivitet («knowing»). Den kognitive forståelsen av kunnskap og den aktive og sosiale forståelsen blir her knyttet sammen. I likhet med Orlikowski (2002) påpeker Cook & Brown (1999) at disse synene på kunnskap ikke bør ses på som motpoler, men at de henger sammen.

Begrepsavklaringen på hva kunnskap er, er utviklet med ulike syn og perspektiv og det blir påpekt i Newell et al. (2009) at avstanden mellom taus og eksplisitt kunnskap er svært overdreven. Kritikken fremhever at taus og eksplisitt kunnskap er gjensidig avhengig av hverandre og kunnskap kan ikke forklares uten å beskrive begge to (Gourlay, 2006; Tsoukas, 1996, referert i Orlikowski, 2002; Tsoukas, 2002). Et slikt fokus som ser på kunnskap som to adskillige «sider» vil resultere i objektiv tingliggjøring på den ene siden og subjektiv reduksjon på den andre (Orlikowski, 2002). Grunnlaget for begge perspektivene er å se på kunnskap som noe som kan skapes og deles fra individ til individ gjennom erfaringer og sosial interaksjon (Newell et al., 2009) og det foreslås derfor å kombinere de to perspektivene og se på de som gjensidig utfyllende (Orlikowski, 2002). Å se bort ifra perspektivene at det enten er «know-how» eller «know-what» foreslår Orlikowski (2002) perspektivet «knowing in practice». Dette perspektivet « (...) highlights the essential role of human action in knowing how to get things done in complex organizational work» (Orlikowski, 2002, s. 249).

En tilsynelatende viktig kritikk av taus kunnskap handler om at en slik type kunnskap ikke kan fanges, overføres eller konverteres, men bare synliggjøres i våre handlinger, altså i de sosiale situasjonene (Tsoukas, 2002). «Tacit and explicit knowledge are not the two ends of a continuum but the two sides of the same coin: even the most explicit kind of knowledge is underlain by tacit knowledge» (Tsoukas, 2002, s. 15). Her kan man tenke seg en sirkulær modell med artikulering og handling, deretter feedback og ny handling osv., som har klare likheter med SEKI-modellen. Allikevel er det viktig å poengtere at SEKI-modellen er en prosessmodell hvor det tause og eksplisitte er aspekter i en prosess. Selv om kritikken tydeliggjør et uklart skille mellom taus og eksplisitt kunnskap, velger jeg allikevel å bruke denne distinksjonen i oppgaven fordi det er en essensiell del av SEKI-modellen.

2.2 Kunnskapsdeling

Kunnskapsdeling blir beskrevet som «the provision of task information and knowhow to collaborate and help others to solve problems, develop new ideas, or implement policies» (Noe, Clarke, & Klein, 2014, s. 248). Kunnskapsdeling handler om å både utnytte den kunnskapen

som er i organisasjonen og å gjøre hverandre gode. Dette kan gjøres ved å mobilisere den individuelle kunnskapen innad i organisasjonen og dele kunnskap med hverandre, som igjen skaper muligheter for refleksjon og skape og videreutvikle kunnskap (Filstad, 2010). «Å dele kunnskap skjer gjennom deltakelse i praktisk arbeid, hvor blant annet kolleger kommuniserer egne erfaringer, og hvor de har mulighet til å utveksle og dermed dele kunnskap gjennom problemløsende aktiviteter» (Ardichvili et al., 2003 sitert i Filstad, 2010, s. 114).

Siden kunnskapen stort sett er taus og internalisert hos individet, må man bevisstgjøres at den tause kunnskapen må artikuleres for å kunne bli delt mellom eksempelvis sykepleiere eller gjennom IKT. Den svenske professoren Alexander Styhre (2011) hevder at man må utvikle god flyt i kunnskapsdelingen på arbeidsplassen, og for å oppnå dette må det legges til rette for at det kan skje og bli investert i gjennom felles ressurser (Styhre, 2011). Å legge til rette for kunnskapsdeling kan for eksempel være gode utviklede delingsplattformer, enten det er fysiske, virtuelle eller mentale rom (Krogh et al., 2001).

Som nevnt innledningsvis fremhever Styhre (2011) at kunnskapsdeling er grunnlaget for profesjonelt arbeid samtidig som det er vanskelig å oppnå. Dette er fordi det kreves et repertoar fylt av ulike kommunikasjonsferdigheter, rutiner og sosial kapital for å kunne dele kunnskap og kompetanse i et fagfellesskap. Målet med kunnskapsdeling er å tilegne seg ny kunnskap, utnytte den eksisterende kunnskapen i organisasjonen og utvikle ny kunnskap (Filstad, 2014)

For Nonaka og Takeuchi (1995) er et av de viktigste punktene for å skape og dele kunnskap å mobilisere og konvertere taus kunnskap, men Filstad (2010) og Krogh et al. (2001) hevder at fundamentet for kunnskapsdeling er tillit.

2.3 Tillit

Tillitsbegrepet blir definert forskjellig i ulik litteratur, men det er to ting som går igjen. Det første er at tillit handler om å håndtere både usikkerhet og risikoer, det andre er at tillit handler om å akseptere en viss sårbarhet (Newell et al., 2009). For eksempel i et yrke som sykepleier hvor samarbeid og prosedyrer er viktige elementer i arbeidsdagen vil sårbarhet og behovet for tillit være høyere enn i andre yrker. I et sykepleieryrke hvor interaksjon og kommunikasjon er en essensiell del av arbeidet, må tillit ligge til grunn for å kunne dele den tause kunnskapen med hverandre, som igjen vil føre til læring (Newell et al., 2009). Krogh et al. (2001) påpeker at om man skal dele og utveksle kunnskap med hverandre, må man stole på og være åpne for andres

tanker og ideer. «Konstruktive og støttende relasjoner gjør det lettere for folk å dele sin forståelse av et fenomen med andre, og når kulturen preges av gjensidig tillit, kan de lettere diskutere tvil og bekymringer de måtte ha» (Krogh et al., 2001, s. 64).

Ifølge Irgens (2015) er tillit vanskelig å skape fordi det relativt enkelt bygges opp og brytes ned gjennom menneskers handlinger. Allikevel blir tillit et viktig moment mellom kolleger «(...) fordi kunnskapsdeling forutsetter en felles forståelse av hverandres posisjon og bidrag» (Sole & Edmondson, 2002, referert i Filstad, 2010, s. 115). Å bygge et fundament basert på tillit, gjensidig tillit mellom kolleger, skaper en følelse av at man er avhengige av hverandre og hverandres kunnskap og kompetanse for å gjennomføre oppgaver som skal bli gjort (Krogh et al., 2001; Nonaka et al. 2000).

I litteraturen skilles det ofte mellom ulike typer tillit. Newell et al. (2009 s. 95-96) skiller mellom tre typer tillit, eller tillitskjeder som Grimen (2008 s. 205) beskriver det som. Grimen (2008) hevder at i profesjonssammenheng er tillit til kompetanse og teknologi viktige aspekter i arbeidsorganiseringen. Det påpekes videre at denne type tillit er den som oftest svikter i jobbsammenheng. Å utvikle og skape tillitsrelasjoner er viktig i yrker som for eksempel sykepleier fordi dagene er ofte rutinebaserte hvor aktøren gjennomfører handlinger uten å bruke unødvendig tid eller krefter på det (Grimen, 2008). Viktigheten i et slikt tillitsforhold er at man stoler på kompetansen til kollegene sine uten å måtte dobbeltsjekke eller gjøre arbeidsoppgaver på nytt igjen.

Den første omtales som vennskapelig tillit. Denne type tillit baserer seg på personlige vennskap og bygger på et grunnlag om at de partene som er involvert ikke vil hverandre vondt. Det forventes at man skal være åpne og ærlige med hverandre og dermed bygger tilliten seg opp over tid gjennom samtale, samarbeid og samhandling. Hvis denne tilliten blir brutt, er det med stor sannsynlighet at denne vil ødelegge mye for partene involvert (Newell et al., 2009). Den andre omtales som kompetansebasert tillit (Grimen, 2008; Newell et al., 2009) som handler om at man har tillit til den kunnskapen og kompetansen en medarbeider eller kollega har for å utføre sin del av arbeidet. For eksempel vil en sykepleier ha tillit til sin kollega om at han/hun utfører sine arbeidsoppgaver under stell av en beboer eller medisintdeling. I dette eksempelet føler sykepleieren at han/hun kan stole på sin kollega om at arbeidet blir utført til en viss standard. En slik type tillit bygges opp av å stole på andres kompetanse, enten fordi partene tilhører en type profesjon eller fordi han/hun jobber i en bedrift som har et godt rykte på seg. Denne type tillit kan utvikles like fort som den kan brytes, fordi partene må hele tiden bevise sin kompetanse

ovenfor den andre. Den siste type tillit trekkes frem som «commitment trust» av Newell et al. (2009). Denne tilliten utvikles i form av kontraktbaserte enigheter mellom partene. Det forventes at de involverte partene gjør sin del av kontrakten for å fullføre et felles arbeid. Hvis de involverte ikke klarer å vise sin forpliktelse til arbeidet ved å gjøre jobben deres vil sannsynligheten for at de mister jobben eller ikke får arbeide videre være tilstede.

I denne oppgaven har de personene jeg skal hente inn data fra lik utdanning (sykepleierutdanning), men det er allikevel mennesker med ulik bakgrunn og forståelse. I en slik situasjon må felles erfaringer og langvarige relasjoner være viktig for å skape en felles identitet som springer ut av tillit og omsorg. Å skape en felles identitet og en felles forståelse er viktige momenter for «(...) trust to develop and knowledge sharing to be possible» (Newell et al., 2009, s. 104). Å skape en felles identitet blant de ansatte, skaper både bevisst og ubevisst et tillitsforhold som igjen vil påvirke arbeidsinnsats og et ønske om å gjøre en innsats for de andre ansatte og organisasjonen. Ved bruk av for eksempel pasientjournalen på sykehjemmet eller andre teknologiske verktøy vil tillit være viktig for å skape gode arenaer for kunnskapsdeling (Filstad, 2016).

Videre i teoridelen skal jeg gjøre rede for en modell som er utviklet av japanerne Ikujiro Nonaka og Hirotaka Takeuchi (1995). SEKI-modellen, ble utviklet ut i fra en overbevisning om at den viktigste kilden til japanske bedrifters suksess på 1970-80 tallet var deres evne og ekspertise til å skape kunnskap. SEKI-modellen bygger på det mest universale og grunnleggende elementet i organisasjonen, nemlig menneskelig kunnskap (Nonaka & Takeuchi, 1995). I denne teorien utviklet de det de kaller for en kunnskapshjelpende kontekst, «*ba*», som fremhever hvor viktig tillit er for å skape en riktig kontekst for å skape og dele kunnskap (Krogh et al., 2001; Nonaka et al., 2000).

2.4 Nonaka og Takeuchis SEKI-modell

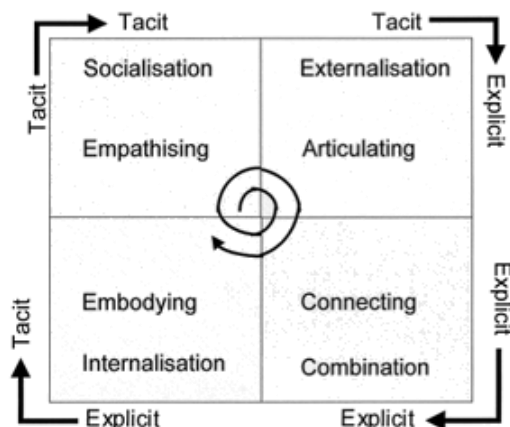
I motsetning til andre rammeverk og teorier for å skape kunnskap ligger grunnlaget i SEKI-modellen i den kognitive delen av individet og hvordan kunnskapen blir skapt, delt og brukt i organisasjonen (Newell et al., 2009). Å skape kunnskap, i lys av denne teorien, er å identifisere den tause kunnskapen, gjøre den eksplisitt og dermed ende opp som taus kunnskap hos andre i organisasjonen. Nøkkelen til individuell læring og refleksjon er språket. Skal man dele det man vet med andre, må den tause kunnskapen bli forklart og beskrevet gjennom et felles språk som

kan bli akseptert eksempelvis av de andre sykepleierne og sykehjemmet sådan (Krogh et al., 2001 s. 39). For eksempel vil en sykepleier måtte vise og forklare til en nyansatt hvordan man bruker en ståheis og hva som kan skje hvis man ikke strammer selen godt nok eller lignende.

Innenfor denne modellen ble det utviklet fire forskjellige modi for å kunne forklare hvordan kunnskap skapes. De fire modusene er tilknyttet en kunnskapsspiral som Nonaka og Takeuchi (1995) hevder å være selve prosessen for å skape kunnskap i en organisasjon. Disse modusene er utviklet med tanke på hva individene erfarer og hvordan kunnskapen deles mellom individer og innad i organisasjonen (Nonaka & Takeuchi, 1995). Modellen legger stor vekt på de sosiale prosessene, som omhandler dialog, samspill, observasjon og praksis for at kunnskapen skal kunne deles innad i organisasjonen (Newell et al., 2009). Slik som eksempelet over med ståheisen blir det brukt både dialog og observasjon, som er viktige prosesser i SEKI-modellen.

Kunnskapen som blir skapt gjennom sosial interaksjon mellom taus og eksplisitt kunnskap i en prosess som foregår *mellom* individer. Altså skjer det en omdannelse fra taus til eksplisitt kunnskap i den sosiale prosessen mellom individer (Krogh et al., 2001; Newell et al., 2009; Nonaka & Takeuchi, 1995; Nonaka et al., 2000). De sosiale prosessene i modellen omtales som *sosialisering*, *eksternalisering* og *kombinering* hvor de er avhengig av dialog og interaksjon over en lengre periode. Den siste prosessen kalles *internalisering* som er den delen av modellen som konverterer eksplisitt kunnskap til taus kunnskap (Krogh et al., 2001; Nonaka & Takeuchi, 1995; Nonaka et al., 2000). De fire prosessene vil bli forklart nærmere, med bruk av eksempler, nedenfor.

«Our dynamic model of knowledge creation is anchored to a critical assumption that human knowledge is created and expanded through social interaction between tacit knowledge and explicit knowledge. We shall call this interaction “knowledge conversion”» (Nonaka & Takeuchi, 1995, s. 61).



Figur 1: SEKI prosessen (Nonaka et al., 2000 s. 12)

Figur 1 viser de fire prosessene som er blitt forklart ovenfor med en spiral bevegelse av kunnskapen gjennom SEKI (sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering) prosessen. Som figur 1 viser er det viktig å bemerke seg at disse modusene former en spiral og ikke en sirkel. Denne spiralen blir bredere og bredere jo høyere opp i organisasjonen den kommer og det kan utvikles flere spiraler når ny kunnskap blir skapt (Nonaka et al., 2000; Nonaka & Takeuchi, 1995).

2.4.1 Sosialisering – fra taus til taus

Denne prosessen handler om å konvertere ny taus kunnskap gjennom observasjon og erfaringer delt med andre. Altså det kan skje ved å følge med, observere og imitere en annen person på arbeidsplassen. Et individ kan dermed tilegne seg taus kunnskap direkte fra andre uten å bruke språket (Nonaka & Takeuchi, 1995). Denne type konvertering kan også skje utenfor arbeidsplassen på uformelle møtesteder hvor type kunnskaper som verdenssyn, eller tillit kan bli skapt og delt (Nonaka et al., 2000). I all hovedsak er nøkkelen til å tilegne seg taus kunnskap, både på og utenfor arbeidsplassen, *erfaring* (Nonaka & Takeuchi, 1995). For eksempel må en leder på jobben skape et arbeidsmiljø som tillater at nyansatte skal få erfare og observere gjennom praksis av en som kan det fra før.

2.4.2 Eksternalisering – fra taus til eksplisitt

Denne prosessen handler om å kunne forklare og konvertere taus kunnskap til eksplisitt kunnskap. «When tacit knowledge is made explicit, knowledge is crystallized, thus allowing it

to be shared by others, and it becomes the basis of new knowledge» (Nonaka et al., 2000, s. 9). Om konverteringen fra taus til eksplisitt kunnskap er suksessfull kommer først til uttrykk når det blir brukt metaforer, analogier og modeller fortløpende i prosessen slik at flere forstår. Som nevnt tidligere er det vanskelig å artikulere og forklare taus kunnskap, men ved å bruke metaforer eller analogier hjelper man andre individer med å artikulere sin tause kunnskap (Nonaka & Takeuchi, 1995). Eksternaliseringsprosessen blir ofte utløst av dialog eller refleksjon og samspill i grupper (Nonaka & Takeuchi, 1995). Her vil det for eksempel være viktig for en leder å legge til rette for samtaler og dialog mellom de ansatte for at de skal kunne dele taus kunnskap ved bruk av metaforer og for å skape gode konsepter med de andre på avdelingen.

2.4.3 Kombinering – fra eksplisitt til kompleks eksplisitt

Den tredje prosessen i SEKI-modellen handler om å konvertere eksplisitt kunnskap til mer kompleks eksplisitt kunnskap. «Explicit knowledge is collected from inside or outside the organization and then combined, edited or processed to form new knowledge» (Nonaka et al., 2000, s. 10). Den nye kunnskapen blir dermed spredt og distribuert innad i organisasjonen hvor man setter konsepter i kunnskapssystemer. Det handler i stor grad om å kombinere forskjellige typer eksplisitt kunnskap, som individer ofte gjør gjennom dokumenter, møter, telefoner eller med andre kommunikasjonsverktøy som kan resultere i utvikling av ny kunnskap (Nonaka & Takeuchi, 1995). I denne prosessen vil for eksempel en pasientjournal, som er utarbeidet av legen, psykiateren og med innspill fra både avdelingssykepleier og primærsykepleier, være en ny kombinasjon av eksplisitt kunnskap. Denne journalen blir da en ny kunnskap fordi den er sammensatt av flere forskjellige kunnskapskilder i samme kontekst.

2.4.4 Internalisering – fra eksplisitt til taus

Den siste prosessen handler om å gjøre eksplisitt kunnskap til taus kunnskap. Gjennom internaliseringsprosessen har den eksplisitte kunnskapen blitt delt innad i organisasjonen og igjen blitt en del av den tause kunnskapen til individet (Nonaka & Takeuchi, 1995). Enkelt forklart; når erfaringer gjennom sosialisering, eksternalisering og kombinering er internalisert hos individet blir denne kunnskapen sett på som både en verdi og en ressurs (Nonaka & Takeuchi, 1995). Ved bruk av dokumenter eller muntlige historier kan man hjelpe noen å erfare noe indirekte fra andres erfaringer og dermed også påvirke individets internaliseringsprosessen.

Et eksempel på eksplisitt kunnskap kan være prosedyrer eller rutiner for utdeling av medisin på et sykehjem, som må bli virkeliggjort gjennom handlinger og praksis. Ved å lese seg opp på den arbeidsplassen man skal begynne å jobbe på og reflektere rundt det, vil man kunne internalisere en slik form for eksplisitt kunnskap til sin egen personlige (tause) kunnskap (Nonaka et al., 2000).

Gjennom SEKI-modellen er det ganske klart at «(...) ny kunnskap må artikuleres og deles med andre i en organisasjon om den skal ha noen påvirkning i det hele tatt» (Krogh et al., 2001, s. 201). Videre i Nonaka og Takeuchi sitt teoretiske rammeverk fremheves det flere «hjelpere» som skal bidra til å skape og dele kunnskap slik som å ha en velformulert kunnskapsvisjon, å skape samtaler, og ha en kunnskapsaktivist (Krogh et al., 2001, s. 201). Den «hjelperen» som blir fokusert på og fremhevet videre i oppgaven vil være det å legge til rette for den riktige konteksten for å skape og dele kunnskap. Denne konteksten omtales som «*ba*», eller stedet der kunnskap skapes og deles.

2.4.5 *Ba* – stedet der kunnskap skapes og deles

«Knowledge needs a context to be created» (Nonaka et al., 2000, s. 13) og *ba* tilbyr en slik kontekst. Begrepet *ba* ble først foreslått av Kitaro Nishida, en japansk filosof og ble senere videreutviklet av Hiroshi Shimuzi (Krogh et al., 2001; Nonaka & Konno 1998) som omtrent betyr «sted» på norsk. Direkte oversatt fra engelsk betyr det «et delt sted for nye relasjoner» (Nonaka & Konno, 1998, s. 40). Uten flere forsøk på å oversette det opprinnelige begrepet, kan *ba* være et fysisk sted, et virtuelt sted, et mentalt rom eller også alle tre samtidig. Kunnskap kan i denne sammenhengen avhenge mer av situasjonen og menneskene som er involvert i prosessen, enn av absolutte sannheter eller harde fakta. Man kan forstå kunnskap som en integrert del av *ba* (Krogh et al., 2001; Nonaka et al., 2000).

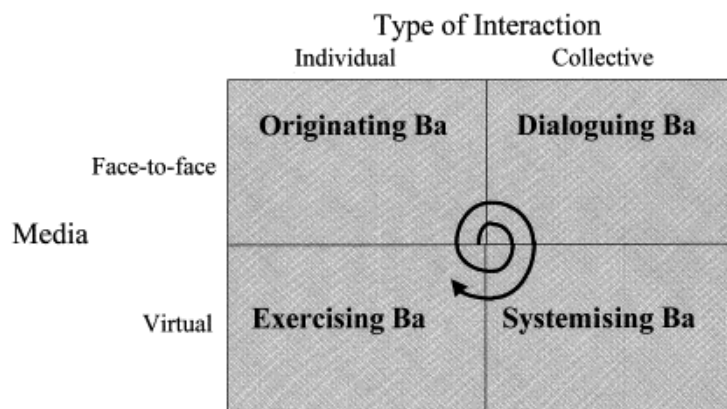
Det som skiller kunnskapshjelpende kontekster (*ba*) fra vanlige interaksjoner, er at den gir en sosial kontekst som vil synliggjøre og fremme både individers handlinger og/eller den kollektive utviklingen av kunnskap (Krogh et al., 2001). Viktigheten av å både utvikle og dele kunnskap legger ikke all makten til individet, men den ligger i interaksjonen individet har med andre personer og omgivelsene. «Derfor kan den individuelle kunnskapen som et bestemt individ besitter deles, deles igjen, og forsterkes når han eller hun inngår som en del av konteksten» (Krogh et al., 2001, s. 203-204). Denne konteksten eller *ba* er i virkeligheten et

nettverk som er blitt etablert for gjensidig forpliktelse og med utveksling av erfaringer. En slik kontekst kan oppstå spontant, hvor omsorgsbaserte relasjoner ofte fungerer som et godt grunnlag for kunnskapsdeling. Det ligger et fundament med høy grad av tillit, støtte og engasjement som trengs for å skape energi til en slik spontan kontekst (Krogh et al., 2001).

Ba er mer enn noe annet «(...) et nettverk basert på interaksjon som bestemmes av hvor mye tillit og omsorg deltakerne viser hverandre» (Krogh et al., 2001, s. 67). Her vil kunnskapen skapes og deles gjennom samspillet mellom individene eller individet og miljøet rundt. Den hjelpende konteksten kan oppstå spontant eller for eksempel bli utviklet av lederne på jobben for å fremme kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling. Allikevel påpekes det, som nevnt over, at tillit må ligge som et fundament i gruppen, avdelingen eller organisasjonen for å skape den «riktige» hjelpende konteksten (Filstad, 2010; Irgens, 2007; Krogh et al., 2001; Nonaka et al., 2000). Den delte sosiale konteksten, eller *ba*, forutsetter at deltakere ikke bare kan være tilskuere, men de blir på en måte forpliktet til å delta gjennom samspill og handlinger (Nonaka et al., 2000).

2.4.6 Fire typer *ba*

Det finnes fire forskjellige typer *ba*. Disse fire er omtalt som: *originating ba*, *dialoguing ba*, *systemising ba* og *exercising ba*. De fire *ba*'ene er delt inn i to dimensjoner hvor den ene legger vekt på type samspill, enten individuelt eller kollektivt, og den andre dimensjonen legger vekt på type media, enten ansikt-til-ansikt eller virtuell/teknologisk kommunikasjon (se figur 2).



Figur 2: Fire typer *ba* (Nonaka et al., 2000, s. 16)

«*Originating ba*» er stedet hvor individer deler erfaringer, følelser, emosjoner osv. som også skaper konteksten for sosialiseringprosessen i SEKI-modellen. Dette er stedet individer ofte

går litt utenfor sin egen grense ved å vise sympati eller empati for andre. Her vil det utvikles tillit, fortrolighet, forpliktelse og omsorg som legger grunnlaget for å skape og dele kunnskap mellom individer (Nonaka et al., 2000; Nonaka & Konno, 1998). Her kan det for eksempel være et sted hvor sykepleiere deler tanker og meninger om en ny prosess på jobben. «Dialoguing *ba*» skaper konteksten for eksternaliseringsprosessen i SEKI-modellen og er stedet hvor den kollektive, ansikt-til-ansikt samspillet foregår. Det er her ferdigheter og mentale modeller (taus kunnskap) blir delt med andre slik at det skapes felles forståelser og vilkår (Nonaka et al., 2000). Her vil det for eksempel være et sted hvor man møtes, ansikt-til-ansikt, for å løse opp i eller finne ut av et problemområde.

«Systemising *ba*» skaper konteksten for kombineringsprosessen i SEKI-modellen. Her blir teknologiske verktøy brukt for å dele kunnskap til større grupper (Newell et al., 2009; Nonaka et al., 2000), hvor ny eksplisitt kunnskap blir kombinert med den eksisterende eksplisitte kunnskapen. Teknologien byr på en rekke virtuelle samarbeidsarenaer som skaper «systemising *ba*». Å bruke teknologiske hjelpemidler, som for eksempel epost, gjør det enklere for en leder å sende ut informasjon og formidle kunnskap på en effektiv måte. «Exercising *ba*» defineres av det individuelle og virtuelle samspillet og skaper en kontekst for internalisering, som vil si at den støtter konverteringen fra eksplisitt til taus kunnskap. Dette vil for eksempel være når sykepleierstudenter skal ut i praksis og lære å ta blodprøve. Det er vanskelig å forklare hvordan man gjør det, men i praksis lærer studentene ved å erfare. Denne konteksten ser på refleksjonen som skjer gjennom handlinger, i motsetning til «dialoguing *ba*» som ser på refleksjon som en del av tankene (Nonaka et al., 2000; Nonaka & Konno, 1998).

2.4.7 Bygge, skape og gi energi til *ba*

Som nevnt tidligere kan *ba* bli til med eller uten hensikt. *Ba* kan bli bygget fysisk, som for eksempel et møterom på sykehjemmet. Det kan også bli skapt et virtuelt sted som for eksempel en elektronisk pasientjournal eller et mentalt *ba* som for eksempel kan være et felles mål. Å bygge fysiske rom eller skape kontekster hvor kunnskap skapes og deles er ikke nok for å håndtere en kunnskapsdelingsprosess (Nonaka et al., 2000). *Ba* må tilføres energi og det er eksempelvis, relatert til dette studiet, avdelingsleder som må sørge for at sykepleiere får en viss grad av *autonomi*, at det er et visst *kreativt kaos*, *redundans*, *nødvendig variasjon* og et sykehjem med masse *omsorg og tillit*.

Å la ansatte på jobben handle selvstendig (*autonomi*) vil det i større grad øke sjansene for å motivere ansatte til å søke etter og finne verdifull informasjon og kunnskap. Dette kan også øke mulighetene til å få tak i og bruke kunnskapen de ansatte har og tilegner seg. I tillegg vil det å la ansatte organisere sin egen arbeidshverdag øke følelsen av forpliktelse og engasjement til organisasjonen, som igjen kan føre til ny uventet kunnskap (Nonaka et al., 2000; Nonaka & Takeuchi, 1995). Å skape *ba* med et *kreativt kaos*, handler om å stimulere til interaksjon og samhandling mellom organisasjonen og miljøet rundt. Det kan for eksempel gjøres ved å foreslå et felles mål som er ganske utfordrende. Nonaka et al. (2000) påpeker allikevel at å skape et slikt kreativt kaos i *ba* må gjøres på riktig sted til riktig tid slik at det ikke totalt kaos med stressede og engstelige ansatte.

Begrepet *redundans* refereres til overflødig, eller overlappende informasjon om alt som skjer i organisasjonen. Det hevdes at denne informasjonen øker sjansen for å skape kunnskap på to måter (Nonaka et al., 2000; Nonaka & Takeuchi, 1995). For det første fremmer overlappende informasjon deling av taus kunnskap fordi, eksempelvis, kan en sykepleier skjønne hva en hjelpepleier forsøker å forklare fordi han eller hun allerede besitter den tause kunnskapen. I tillegg vil de ansatte ha egne perspektiver på informasjonen eller kunnskapen, som kan føre til nye konstruksjoner av kunnskap. For det andre kan denne informasjonen hjelpe de ansatte til å forstå hvilken rolle de har i organisasjonen, som igjen vil påvirke måten de tenker og handler på (Nonaka et al., 2000). Her vil det være viktig å passe på at informasjonen ikke virker belastende for de ansatte. For eksempel vil det være en idé å henge opp en lapp i vaktrommet på sykehjemmet om hvordan man finner pasientopplysninger eller lignende. Å skape et *ba* med *nødvendig variasjon* hevdes å være essensielt for å skape en balansegang mellom kaos og orden (Nonaka et al., 2000; Nonaka & Takeuchi, 1995). Dette kan eksempelvis gjøres ved å gi alle ansatte tilgang til et datanettverk hvor man har adgang til kunnskap og informasjon på lik basis og/eller å endre litt på arbeidshverdagens struktur ofte og rotere på personalet så alle de ansatte får kunnskap om organisasjonen (Nonaka et al., 2000).

Omsorg og tillit er typer energi en leder og de ansatte må tilføre *ba*. Tillit er et begrep som går igjen for å skape gode kunnskapsdelingsrelasjoner. Informasjon og kunnskap brukes ofte i sammenheng med maktbegrepet, så det vil virke naturlig å ikke dele informasjon og kunnskap med noen man ikke har en god tillit- og omsorgsrelasjon til. Å legge vekt på omsorg, tillit og

forpliktelse i en organisasjon vil, som nevnt tidligere, være viktig for å skape et trygt arbeidsmiljø som er åpent for å dele (Nonaka et al., 2000).

2.4.8 Kritikk av SEKI-modellen

Siden SEKI-modellen ble utviklet tidlig på 1990-tallet har den hatt stor innflytelse på hvordan kunnskap blir skapt, delt og overført i en organisasjon. Selv om det er en svært utbredt teori innenfor kunnskapsledelse har den fått kritikk fra flere hold. Gourlay (2003) hevder teorien ikke har hatt et grundig nok grunnlag for utviklingen av en slik kunnskapsmodell og Essers og Schreinemakers (1997) argumenterer for at Nonaka er for subjektiv i utformingen av teorien og nekter å se på konsekvensene det innebærer som forsker. Som nevnt tidligere i teorikapitlet blir distinksjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap, som er nøkkelen i prosessen, også kritisert for sine teoretiske mangler eller svakheter (Tsoukas, 2002). SEKI-modellens kunnskapsspiral beskrives for lineær og lite problematisk av Nonaka hevder Newell et al. (2009). De fremhever videre at modellen har et altfor individualistisk syn på kunnskap, selv om *ba*, stedet der kunnskap deles fremhever samhandling med andre og teknologiske verktøy. Verdiressursen for organisasjonen er individets kunnskap, som skal komme frem i organisasjonen via denne spiralen, men i praksis er den ikke like problemfri (Newell et al., 2009).

Sosialiseringsprosessen i SEKI-modellen blir kritisert for å være vanskelig å administrere, fordi denne type kunnskapsdeling er som oftest basert på taus kunnskap som er overført og kommunisert til andre ubevisst eller i uformelle settinger (Essers & Schreinemakers, 1997). Det er spesielt to kritiske spørsmål som påvirker Nonaka's teori. Det første handler om deltakernes forpliktelse og villighet til å dele deres erfaringer og taus kunnskap med andre. Den andre omhandler i hvilken grad deres egne tause kunnskap er viktigere enn å skape ny kunnskap sammen. For eksempel vil en sykepleier være overbevist om at hans/hennes rutine eller prosedyre er den beste måten uten å ta til betraktningen de andres erfaringer og kunnskap. Dette skjer relativt ofte med mennesker som har forskjellig ekspertise eller også kulturell bakgrunn (Essers & Schreinemakers, 1997).

SEKI-modellen er opptatt av kunnskap, så den andre kritiske dimensjonen er ifølge Gourlay (2003) skillet mellom kunnskap og informasjon, som påpekes å være for utydelig. Essers og Schreinemakers (1997) argumenterer også for at kriterier for hva som er gyldig kunnskap i denne sammenhengen ikke er nevnt i det hele tatt. På den ene siden blir kunnskap som ikke er en del av *ba* sett på som informasjon, men på den andre siden klassifiserer denne modellen

kunnskap som enten taus eller eksplisitt, som gjør usikkerheten rundt den eksplisitte kunnskapen tydeligere (Newell et al., 2009). Gourlay (2003) mener skillet mellom kunnskap og informasjon er så utydelig at kunnskapsbegrepet i teorien kan bli byttet ut med «semantisk informasjon».

2.5 Oppgavens analytiske begrepsressurser

Å jobbe som sykepleier handler i stor grad om å gi omsorg, trøste og berolige når noen er syke eller lider. Det er et sammensatt yrke hvor både teoretisk og praktisk kunnskap anses som essensielt (Gjevjon, Skaalvik, & Kjøstvedt, 2011). Som sykepleier kan du jobbe med mennesker i alle aldre og med ulike lidelser enten de er akutte eller kroniske. De jobber med både helsefremmende og forebyggende arbeid på sykehus, sykehjem, helsestasjoner, i Forsvaret og så videre (Utdanningsdirektoratet, 2018). Ifølge Styhre (2011) må profesjoner ha kontinuerlig tilgang til informasjon, kunnskap og ikke minst uformell småprat for å opprettholde sin profesjonalitet og ekspertise. Å aktivt lete etter ny kunnskap og nye innsikter er viktige aspekter ved profesjonen (Simons & Ruijters, 2014; Styhre, 2011). I sammenheng med tema om kunnskapsdeling og kontekster hvor dette skjer, var det helt naturlig for meg å velge en modell som ser på kunnskapsdeling som viktig for organisatorisk suksess (Krogh et al., 2001).

Kunnskapsbegrepet vil omfatte både taus og eksplisitt kunnskap, som innebærer at informasjon- og faktakunnskaper, og det «å vite hvordan» er en del av definisjonen i denne oppgaven Lai (2013, s. 47). På et sykehjem er det viktig å dele kunnskap, men også videreformidle informasjon som er essensielt for at beboerne skal ha det så bra som mulig. IKT- og teknologibegrepet blir brukt i den videste forstand i denne oppgaven. Det inkluderer artefakter som ulike typer verktøy og maskiner, men også administrative enheter som datamaskiner og andre typer informasjonsteknologi.

Som tidligere nevnt har SEKI-modellen blitt kritisert, men allikevel har den hatt stor innflytelse på hvordan kunnskap skapes og deles i organisasjoner. Jeg har valgt å bruke deler av denne modellen fordi den i utgangspunktet for å skape kunnskap, fokuserer på individets rolle i prosessen om å dele kunnskap. Jeg vil bruke SEKI-modellen som en analytisk ressurs for å undersøke hvordan og hvor kunnskapsdeling skjer mellom sykepleiere. Jeg vil bruke begrepene sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering som et utgangspunkt for å se

hvordan de deler taus kunnskap og eksplisitt seg imellom. Videre legger jeg vekt på teorien om *ba*, for det er der kunnskapsdeling skjer, enten det er i vaktbytte, i lunsjen, gjennom IKT eller mentalt. Tillit et viktig begrep i analysekapitlet. Dette er fordi å ta del i en profesjon ofte innebærer for det første stor grad av tillit innad i gruppen og til pasienter, og for det andre fordi tillit ses på som en forutsetning for å dele kunnskap. Videre i analysekapitlet vil jeg også se på hvordan IKT på arbeidsplassen har innvirkning på sykepleiernes kunnskapsdeling. Jeg forsøker i analysedelen og diskusjonen senere å undersøke hvordan informasjonssystemet, som i hovedsak skal gjøre sykepleiernes arbeidsdag mer effektiv, både forbedrer og forstyrrer arbeidet.

3 Metode

Kvernbekk (2002 s. 19) påpeker at en av de viktigste begrunnelsene for bruk av metode er å sikre troverdigheten av de påstandene vi kommer med. Metodebegrepet har ulike definisjoner, men et par alternativer er at metode « (...) er de framgangsmåtene vi bruker for å *få kunnskap*» og « (...) de framgangsmåtene vi bruker for å *besvare eller belyse de spørsmålene vi har stilt*» (Kleven, 2011, s. 16). Innenfor pedagogikk er man som oftest interessert i å samle inn data som gjelder mennesker. I mitt tilfelle gjelder det også en institusjon, et sykehjem (Kleven, 2011). Formålet med metoden i denne oppgaven er å forklare hvordan jeg har forsøkt å få informasjon og data om hvordan kunnskapsdeling skjer mellom sykepleiere på et sykehjem.

Videre i metodekapitlet beskriver jeg hvorfor jeg valgte å utføre en casestudie hvor jeg deretter beskriver min case. Jeg forklarer mitt forskningsdesign, hvilke valg som er blitt tatt og hvorfor. Jeg diskuterer etiske aspekter ved studien, hvordan jeg har håndtert ulike situasjoner og hva jeg har stått opp i. Avslutningsvis diskuterer jeg studiens kvalitet, deretter redegjør jeg for analysetilnærming og helt til slutt oppsummerer jeg kapitlet kort.

3.1 Kvalitativ metode

Jeg har valgt å ha en kvalitativ tilnærming til denne studien. Det skilles mellom to hovedtyper metode, nemlig kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode har tradisjonelt sett undersøkt et fenomen ved å distansere forskeren og informantene/kildene, mens kvalitativ metode prioriterer nærhet (Kleven, 2011). En viktig målsetting med kvalitative metoder er at jeg som forsker skal sitte igjen med en forståelse av hvordan kunnskapsdeling foregår på et sykehjem og jeg forsøker gjennom metodekapitlet å tydeliggjøre de ulike prosessene som førte til resultatene eller funnene jeg fikk (Thagaard, 2009). Kvalitativ forskning er mangfoldig, som vil si at den har kjennetegn som kreativitet og innlevelse, men også struktur og systematikk (Tjora, 2012, s. 19).

Jeg valgte en kvalitativ tilnærming fordi jeg ønsket å gå i dybden på et fenomen, nemlig kunnskapsdeling mellom profesjoner, og fordi jeg ønsket å kombinere empiri og teori som ofte er en del av kvalitative metoder (Tjora, 2012). Jeg ønsket å ha et mer fleksibelt forskningsopplegg som er et av kjennetegnene ved kvalitative metoder. Jeg ønsket å ha den fleksibiliteten fordi da kunne jeg arbeide med de ulike delene av oppgaven om hverandre

gjennom prosessen og som et resultat av det har forskningsspørsmålene, innsamling av data, analyse- og tolkningsdelen har blitt påvirket av hverandre (Thagaard, 2009).

3.1.1 Casestudie

Jeg har valgt å utføre en casestudie. Hvorfor jeg valgte en casestudie var fordi jeg ønsket å se hvordan kunnskapsdeling, med SEKI-modellen, tillit og teorien om *ba* som begrepsressurser kunne generere noen «briller» jeg kunne bruke for å se hvordan kunnskapsdeling foregår i praksis. Å gå ut i fra en casestudie gjorde det mulig for meg å svare på spørsmålet om avgrensning og omfanget av oppgaven (Tjora, 2012). Det at jeg har forskningsspørsmål som starter med «hvordan» og at jeg ønsket å undersøke noe i den virkelige verden gjorde det mer naturlig å ha en casestudie (Yin, 2014). Yin (2014, s. 16) hevder at en casestudie grundig undersøker et fenomen, i en naturlig setting hvor fenomenet ikke kommer tydelig frem i konteksten. Jeg ønsket å undersøke hvordan kunnskapsdeling foregår mellom sykepleiere i praksis med grunnlag i teoretiske begrepsressurser. Å forsøke å skaffe forståelse om dette fenomenet involverte for meg å finne ut av viktige kontekstuelle forhold som vaktbytte med både stillerapport og muntlig rapport, og samhandlingen i løpet av arbeidsdagen (Yin, 2014).

En misforståelse om casestudier er at de ikke kan bidra til å utvikle begreper eller teorier utover den organisasjonen eller fenomenet som har blitt undersøkt. Selv om Høie (2017) påpeker at det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder eldreomsorgstjenester, kan denne casestudien bidra til å utvikle teori, «hvis vi med teori mener begrepsutvikling og hypoteser om sammenhenger og årsaksmekanismer» (Andersen, 2013, s. 26). Senere i oppgaven vil vi for eksempel se at det er en sammenheng mellom kunnskapsdeling og tidspress på sykehjemmet. Dataene jeg har samlet inn fra denne casen er ikke statistisk representative, men siden jeg bevisst har valgt sykepleiere som informanter kan det være mulig å strekke seg mot å ha kvalifiserte og meningsbærende generaliseringer (Andersen, 2013). Målet mitt var å se om de teoretiske begrepsressursene jeg ønsket å bruke kunne bidra til å undersøke hvordan kunnskapsdeling foregår på et sykehjem (Yin, 2014). Videre var hensikten å generere teori og forklare fenomenet jeg undersøker i denne casestudien (Andersen, 2013).

Som nevnt over valgte jeg casestudie fordi jeg kunne svare på spørsmål om avgrensning med tanke på studiens omfang. Hadde jeg hatt bedre tid ville jeg hentet inn data og informasjon fra flere sykepleiere på ulike sykehjem. Med en singel-case studie kan jeg bli kritisert for å ikke vise mine evner til å gjøre empirisk arbeid utover denne ene undersøkelsen. Hadde jeg hatt to

sykehjem ville jeg kunnet minke det kritiske blikket om at jeg bare valgte et sykehjem å hente informasjon fra (Yin, 2014). På den andre siden, både med tanke på tid og omfang av denne studien, er hovedpoenget for meg å innhente rikholdig data og informasjon om kunnskapsdeling fra et sykehjem, så antall «case» vil ha liten betydning for hva jeg faktisk ønsket å undersøke (Thagaard, 2009).

3.1.2 Beskrivelse av min case

Casen jeg valgte for å undersøke hvordan kunnskapsdeling foregår mellom sykepleiere falt naturlig å se etter på et sykehjem. Jeg ønsket å undersøke hvordan deling av kunnskap foregår i praksis, både bevisst og ubevisst samhandling, og ved hjelp av IKT sykepleierne har tilgang til. Dette fenomenet undersøkte jeg på et sykehjem i Oslo kommune hvor de har både langtidsplasser og dagsenterplasser. I 2015 hadde over 80 prosent av beboere på sykehjem demens og i starten av 2014 var det 4273 beboere på sykehjem i Oslo som var over 67 år. Rundt 3000 av disse pasientene hadde langtidsopphold med sykdommen demens (Elgsaas, Borg, Forfang & Aabø, 2015). Oslo kommune har i underkant av 670.000 innbyggere og jobber for å være en aldersvennlig by som vil si at de ønsker en kommune som fremmer aktiv og sunn aldring.

Sykehjemmet jeg fikk tilgang til har 6 enheter, med plass til 105 beboere som har demens, psykiske lidelser med mer. Med tanke på konfidensialitet og anonymitet har jeg valgt å kalle sykehjemmet videre i oppgaven for Kløvendal. Kløvendal har en avdelingssykepleier per enhet, hvor det jobber både faste sykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og faste pleieassistenter og ringevikarer. De har ulike tilbud til beboerne som for eksempel frisør, trimrom og sansehage. Kløvendal legger vekt på faglig forsvarlighet og samhandling til enhver tid, både mellom sykepleier og beboer, sykepleiere og beboere seg imellom.

3.2 Forskningsdesign

I følge Thagaard (2009) handler forskningsdesign om beskrivelser av *hva, hvem, hvor og hvordan*. I de neste avsnittene vil jeg komme nærmere inn på hver enkelt av de fire områdene, hvor det siste punktet om hvordan jeg skal innhente data og informasjon kommer som en egen overskrift under del 3.4, datainnsamling.

3.2.1 Tema og forskningsspørsmål

Det første steget i prosessen omhandler *hva* jeg ville skaffe informasjon om og hva jeg ønsket å undersøke. Å finne ut hva jeg ville skrive en masteroppgave om kom som en blanding av studiet jeg går på og hva jeg har jobbet med ved siden av studiene. Det startet med at jeg ville undersøke kunnskapsdeling på et sykehjem, så jeg utformet en åpen problemstilling som ville øke muligheten for at prosjektet kunne utforske temaer jeg fant interessante underveis i prosessen. Gjennom skriveprosessen har jeg gått frem og tilbake mellom kapitlene fordi det ble gjort funn i undersøkelsen som påvirket både innholdet i teorikapittelet og forskningsspørsmålene. Å være fleksibel og åpen for eventuelle endringer er spesielt viktig i kvalitative forskningsprosesser (Thagaard, 2009).

Som Thagaard (2009) påpeker kan det oppstå en form for konflikt mellom det å være fleksibel til endringer og det å konkretisere det man vil undersøke. Problemstillingen, eller tema for oppgaven er tydelig nok i den forstand at man ser hva jeg ønsker å undersøke, men er åpen nok til at forskningsspørsmålene kan endres. I denne oppgaven har jeg et hovedtema: «kunnskapsdeling mellom sykepleiere». Videre utformet jeg tre forskningsspørsmål jeg ønsket å undersøke nærmere:

1. *Hvordan foregår kunnskapsdeling på et sykehjem?*
2. *På hvilke steder skjer kunnskapsdeling?*
3. *Hvordan innvirker IKT-systemer på kunnskapsdelingen?*

3.2.2 Informanter

Å finne ut *hvem* jeg ønsket å skaffe informasjon fra, bidro også til å definere utvalget studiet skal basere seg på. Jeg startet med å gå fra ulike ansattstillinger på sykehjemmet til å definere et utvalg av sykepleiere. Informantene som ble valgt ut er ikke tilfeldig plukket ut, slik det ville vært i en kvantitativ surveyundersøkelse, fordi en kvalitativ studie baserer seg på strategiske utvalg (Hammersley & Atkinson, 2005; Thagaard, 2009; Tjora, 2012). Det vil si at jeg valgte sykepleiere fordi de kunne gi meg informasjon om hva jeg ønsket å forske på. Sykepleierne var mine nøkkelinformanter fordi jeg antok at de har god oversikt over og innsikt i hvordan kunnskapsdeling foregår mellom sykepleiere. Data og informasjon ble hentet fra ett sykehjem, av hensyn til tidsaspektet hadde jeg ikke tid til å rekruttere et sykehjem til, men som nevnt

tidligere er det den rikholdige informasjonen jeg innhentet som vil ha betydning for videre analyse og diskusjon av fenomenet.

Jeg hadde kontakt med kvalitetssjefen, som tok kontakt med potensielle informanter. Dette kan være litt problematisk fordi alle som skal delta i et forskningsprosjekt skal gi sitt informerte samtykke til å delta, men jeg fikk vite om deltakerne før de ga sitt samtykke (Thagaard, 2009). Dette kunne ha ført til at de lurte på hvorfor akkurat de ble valgt og så videre, men det virket ikke som noe problem for informantene. Allikevel skal det påpekes at det ikke var jeg som tok direkte kontakt med sykepleierne, så jeg fikk ikke vite om noen sykepleiere ikke ønsket å delta eller om de lurte på hvorfor akkurat de ble spurt.

Helt i starten når jeg skrev prosjektbeskrivelsen tenkte jeg først at jeg burde ha minst 10-12 informanter for å få mest mulig datamateriale, men etter å ha lest meg opp på kvalitative utvalg burde ikke antall informanter være «større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser» (Thagaard, 2009, s. 60). Jeg fant uansett fort ut at det ble altfor omfattende og vanskelig å gjennomføre så mange intervjuer tidsmessig både med tanke på hvor jeg skulle innhente informasjon fra, men også med tanke på omfanget av min studie. Ved å innhente informasjon fra flere ville jeg kanskje fått større variasjon i svarene fra intervjuene, som hadde lagt et større grunnlag for å finne mønstre eller fellesnevner mellom sykepleierne (Thagaard, 2009). På den andre siden påpeker Kvale og Brinkmann (2017, s. 148) at nyere undersøkelser har vist at det ofte kan være en fordel å ha færre antall informanter, fordi man kan bruke mer tid på forberedelser og analysen av intervjuene. Som nevnt tidligere kunne jeg hatt en flercasestudie, men med tanke på tidsbruk holdt jeg meg til fem informanter fra samme sykehjem. Å intervju disse sykepleierne fra samme sted var også hensiktsmessig i forbindelse med teorien om *ba*. I et kvalitativt utvalg er det viktig at det skal være mulig å gjennomføre grundige intervjuer og analyser, noe jeg føler jeg fikk tid til med tanke på tidsrammen for denne studien (Thagaard, 2009).

Som tabellen under viser er alle informantene kvinner, noe jeg kommer tilbake til senere i oppgaven. Informantene er satt opp i tilfeldig rekkefølge og nummerert deretter for å opprettholde anonymiteten. Sykepleierne har ulik erfaringsbakgrunn, som vil si at noen av informantene har praktisert sykepleie lenger enn andre. Dette gjorde at intervjuene og dataene ble veldig interessante fordi jeg tolket det som at erfaring spilte en stor rolle for hvor trygge de er i rollen som sykepleier. På grunn av anonymitet vil det ikke komme frem i tabellen under hvor lang erfaring de ulike informantene har.

Informant:	Kjønn:
1	Kvinne
2	Kvinne
3	Kvinne
4	Kvinne
5	Kvinne

Tabell 2: Informanter

3.2.3 Kløvendal

Det tredje steget i prosessen handlet om *hvor* jeg skulle innhente informasjon og data fra. Siden jeg, som nevnt tidligere har jobbet på et sykehjem i flere år, ønsket jeg å undersøke hvordan deling av kunnskap foregår på et sykehjem. Jeg tok kontakt med et sykehjem, Kløvendal, som ga meg raskt adgang til å innhente data og intervju informanter der. Siden det er et sykehjem ville kvalitetssjefen ha papirene i orden fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette vil jeg komme inn på senere i etiske aspekter for min studie.

På sykehjemmet er jeg på den ene siden en relativt nøytral utenforstående som er interessert i deres hverdag og kunnskapsdelende praksiser (Thagaard, 2009). Jeg er nøytral i den forstand at jeg ikke har kjennskap til deres sykehjem og deres arbeidshverdag fra før av. På den andre siden har jeg erfaring som pleieassistent som har gitt meg innblikk i hvordan det kan være å jobbe som sykepleier på et sykehjem. Jeg trodde jeg visste hvordan store deler av dagene foregår og hvor mulige kunnskapsdelende kontekster eller *ba* kunne oppstå. Muligheten for at jeg ble «blendet» av mine tidligere erfaringer var tilstede, men jeg forsøkte å oppnå et perspektiv hvor jeg så informasjonen med helt utenforstående og nye øyne (Thagaard, 2009). Siden det er et kjent miljø fremheves det at kan være vanskelig å legge fra seg forhåndsopfatninger som jeg har erfart eller som kommer fra den «sunne fornuft» (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 131).

3.2.4 Intervju

Det siste, og fjerde steget i prosessen, er hvordan jeg skal hente inn informasjon og data. Jeg har valgt intervju, som et sannhetsproduserende virkemiddel for hva jeg ønsket å undersøke. Jeg valgte et semistrukturert intervju, eller et kvalitativt intervju som noen forskere bruker som samlebetegnelse for ustrukturert eller halvstrukturert intervju (Kleven, 2011). Intervju ble sett

på som mest hensiktsmessig i henhold til etiske aspekter og personvern, selv om observasjon ville både vært interessant og morsomt å få til.

Siden jeg valgte å utføre et kvalitativt forskningsintervju ønsket jeg å forstå hvordan kunnskapsdeling foregår sett fra informantenes side. Det var viktig for meg å få informasjon og data om hvordan informantene oppfatter seg selv og andre sykepleiere i løpet av arbeidsdagen og deres vurderinger av hvordan kunnskapsdeling skjer. Fordelen med å velge et semistrukturert intervju er at det noen ganger kan gi ekstra informasjon i prosessen, fordi noen av spørsmålene ofte er mer åpne enn andre og fordi det inneholder både fakta spørsmål og meningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2017). Problemet med intervju er at jeg som forsker må stole på at de forteller sannheten gjennom intervjuprosessen.

Å ha åpne spørsmål gjør det enklere for intervjueren å bli kjent med informanten, som ofte gjør intervjuet mer berikende og spennende å utføre. Det er en samtale mellom to parter om et emne som er av interesse for begge. Å ha åpne spørsmål handler ikke bare direkte om spørsmålsstillingen, men at det er åpenhet for endringer i rekkefølgen og formulering av spørsmålene i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2017).

Videre i oppgaven (del 3.3) vil jeg komme nærmere inn på hvordan intervjuguiden ble utformet og jeg vil drøfte hvilke fordeler og ulemper som gjorde seg gjeldende ved å velge intervju som metode.

3.3 Datainnsamling

Som nevnt i forrige avsnitt, er det fjerde steget i prosessen å se på hvordan jeg innhentet informasjon og data. I dette avsnittet beskriver jeg hvordan datainnsamlingen utformet seg i prosessen mot det endelige resultatet.

3.3.1 Utforming av intervjuguide

Jeg startet å jobbe med intervjuguiden fra jeg startet å lese teori- og metodelitteratur. Den valgte teorien ble grundig gjennomgått, som igjen la grunnlaget for intervjuguiden. Å skrive og formulere spørsmålene riktig var ganske vanskelig. Før jeg intervjuet informantene, gjennomførte jeg et forsøksintervju med en venn som ga meg verdifull innsikt om intervjuguiden. Forskningstemaer og spørsmål ble definert på forhånd, men hvilken rekkefølge

de ulike temaene ble snakket om ble bestemt underveis i intervjuet, som jeg kommer tilbake til i neste punkt (Thagaard, 2009).

Dalen (2004, referert i Befring, 2007) fremhever noen utfordringer man bør tenke gjennom når man former en intervjuguide. Noen av disse utfordringene var jeg obs på når jeg skrev ned spørsmål til intervjuguiden. Jeg startet med å skrive ned nære og enkle spørsmål som navn, hvor lenge de har jobbet som sykepleier, hvorfor de valgte å bli sykepleier og annen faglig bakgrunn. Dette var for å bli litt bedre kjent med informanten og skape en tillitsfull atmosfære. Jeg gikk dermed videre på spørsmål som omhandlet arbeidsdagen, om arbeidsoppgaver og hvordan en typisk arbeidsdag ser ut for informanten. En av utfordringene Dalen (2004, referert i Befring, 2007) fremhever handler om ikke-ledende spørsmål. Jeg skrev spørsmålene så lite ledende som mulig og gikk gjennom spørsmålene så de ikke skulle virke ubehagelige. En annen utfordring handler om å forberede seg på å ha en aksepterende holdning til det informantene sier og gir uttrykk for. Hvis jeg skulle intervju sykepleiere på et sykehjem med en helt annen kultur enn hva jeg er vant med, ville nok det ha bydd på utfordringer for meg. Men i denne sammenhengen var det viktig for meg å vise at jeg aksepterer de meningene og synspunktene informantene har fordi de gjør en utrolig viktig jobb i og for samfunnet. Jeg utformet spørsmålene og oppfølgingsspørsmålene med dette i bakhodet.

Videre i intervjuguiden skrev jeg få ja/nei spørsmål, men forsøkte å forme spørsmål hvor informanten måtte gi litt fyldigere svar. Under noen av spørsmålene skrev jeg eksempler fra min egen erfaring, som jeg delte med informanten i håp om at det skulle bidra til å øke tilliten mellom sykepleieren og meg som forsker og det følte jeg at det gjorde. Spørsmål som omhandlet kunnskapsdeling, arenaer for kunnskapsdeling, profesjonen sykepleier og bruken av teknologi ble utformet på et tidlig stadium med bakgrunn i teorien. Etter prøveintervjuet ble noen spørsmål endret og jeg fikk tips om eventuelle eksempler som kunne bidra til å få informantene til å dele historier eller beskrivelser av ulike kontekster.

Intervjuguiden fungerte overraskende godt på første intervju, hvor bare et par av spørsmålene ikke ble stilt og jeg la til noen oppfølgingsspørsmål.

3.3.2 Intervju

Intervju valgte jeg fordi det er en god metode for å få informantenes beskrivelser og opplevelser om seg selv og sine omgivelser, for så å sammenligne og finne mønstre i datamaterialet. Jeg

ønsket å få fyldig og spesifikk informasjon fra informantene om hvordan de selv opplever kunnskapsdeling på arbeidsplassen og hvilke perspektiver og meninger de har om arbeidsmiljø og tillit. Å få informantene til å snakke om egne tanker, følelser og ikke minst erfaringer var viktig for å få god innsikt om sykehjemmet og deres arbeidshverdag (Thagaard 2009). På en annen side, kan informantene for eksempel ha hatt en dårlig dag, eller sovet dårlig som påvirker tankene og følelsene under intervjuet, men jeg fikk ikke inntrykk av det hos noen av informantene. Både temaer og spørsmål ble utarbeidet før intervjuene, men siden jeg hadde et delvis strukturert intervju åpnet jeg opp for at informantene kunne fortelle om sine erfaringer og synspunkt i tillegg til at jeg sørget for å stille spørsmål om de temaene jeg hadde fastsatt. Ulempen med å ha et delvis strukturert intervju var at noen av spørsmålene ikke ble stilt til alle informantene. Allikevel ble dette kompensert ved at jeg spurte om jeg kunne ta kontakt i etterkant av intervjuene hvis det var noe mer jeg lurte på.

Under intervjuene ble spørsmålene og temaene fulgt ganske i henhold til intervjuguiden. De fleste informantene svarte utfyllende og godt, hvor noen av spørsmålene som skulle komme senere i intervjuet allerede var svart på. For meg var det en form for trygghet å ha konkrete og direkte spørsmål på arket som lå foran meg. Jeg kunne se på arket et par ganger imens informanten pratet, så jeg var klar til å stille oppfølgingsspørsmål eller et nytt spørsmål. Det hendte et par ganger at samtalen stoppet eller at informanten ikke hadde noe svar, og da kunne jeg raskt gå over til neste spørsmål. På den ene siden, som jeg nevnte over, svarte de fleste informantene utfyllende og godt, men på den andre siden la jeg merke til at informantene hadde mye å si på noen spørsmål, mens på andre spørsmål ble det veldig kortfattet.

Jeg gjennomførte intervjuene på sykehjemmet i et lite kontor med de seks informantene jeg hadde tilgang til i løpet av en periode på to uker. Å intervju sykepleierne på deres arena kan ha resultert i mulige feilkilder som at informantene er på egen arbeidsplass hvor de føler at de bør svare det de tror er best for sykehjemmet, og er både bevisst og ubevisst tilbakeholden i sine svar (Andersen, 2013). Ettersom informantene var på deres arena kunne informantene ha vært opptatt av å vise sykehjemmet fra dens beste side, men jeg følte ikke at intervjusituasjonen bar preg av dette. Jeg følte at informantene kom med egne meninger og oppfatninger på de spørsmålene som ble stilt. Som tidligere nevnt må jeg som forsker stole på at sykepleierne forteller sannheten, hvor påliteligheten til informantene varierer med eksempelvis holdninger, erfaringer og situasjoner.

Som nevnt tidligere ble det gjennomført et prøveintervju. Dette var for å bli bedre kjent med intervjuguiden, erfare hvordan et intervju kan utarte seg og øke selvtilliten i en intervjusituasjon. Jeg forsøkte å være så avslappet som mulig, for hvis jeg hadde vært stresset eller bekymret for å ikke være god nok, kunne intervjuet blitt dårlig fordi jeg hadde vært for opptatt av hvordan jeg ble oppfattet av informanten (Thagaard, 2009). Det virket enkelt å utføre et intervju, men det var kanskje fordi jeg kjente vedkommende under prøveintervjuet. Jeg følte allikevel at de fleste informantene ønsket å fortelle meg om deres tanker rundt temaer som kunnskapsdeling og tillit, så intervjuet ble mer som en hyggelig samtale. Det handler på den ene siden om øvelser, det å beherske ulike teknikker og kunne stille gode oppfølgingsspørsmål, men på den andre siden å klare å opprettholde den fleksibiliteten man ønsker under et semistrukturert intervju (Kvale & Brinkmann, 2017).

Før intervjuet informerte jeg informanten om at jeg ønsket å ta opptak og det fikk jeg tillatelse til å gjøre av alle informantene. Jeg valgte å bruke en mobiltelefon i stedet for tradisjonell båndopptaker fordi mobilen, dessverre, ligger så ofte på bordet uansett, så det ble en nøytral gjenstand både for informantene og for meg. Fordelen med at jeg fikk tillatelse til å ta opp intervjuet var at alt som ble sagt ble bevart og jeg kunne konsentrere meg om å lytte og stille spørsmål i stedet for å sitte å notere. Å bare notere ville minsket dataen og informasjonen jeg hadde fått inn i løpet av intervjuet. Allikevel valgte jeg å notere de viktigste punktene informantene snakket om, som en forsikring hvis opptaket skulle svikte. Jeg noterte ikke mye, siden jeg fikk tillatelse til å ta opp samtalen, så jeg følte ikke at den sosiale interaksjonen ble forstyrret (Thagaard, 2009).

Helt fra første møte med informanten forsøkte jeg å motivere de til å svare oppriktig og at ingen svar er feil (Befring, 2007). Jeg forsøkte å formidle at «jeg ønsker å forstå verden ut fra ditt synspunkt. Jeg ønsker å vite hva du vet på den måten du vet det» (Spradley, 1979, s. 34 sitert i Kvale & Brinkmann, 2017, s. 157). Jeg ønsket å forske på kunnskapsdeling mellom sykepleiere fordi jeg var oppriktig interessert i å undersøke det. Jeg fikk inntrykk av at informantene fikk en følelse av at jeg hadde interesse i det de snakket om og at jeg viste forståelse og toleranse for deres meninger, synspunkter og perspektiver som ble fremmet (Befring, 2007). I motsetning til dette, kan informantene også være opptatt av hvordan de fremstår overfor meg som intervjuer, men det fikk jeg ikke inntrykk av. Den personlige kontakten og tilgangen jeg fikk til nye innsikter og informasjon fra sykepleiernes arbeidshverdag gjorde det både spennende og givende å intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2017).

3.4 Etiske aspekter

Gjennom hele forskningsprosessen er det etiske aspekter eller usikkerhetsområder man må forholde seg til. Refleksjon under intervjuundersøkelsen blir derfor viktig gjennom hele prosessen (Thagaard, 2009; Kvale & Brinkmann, 2017). Det finnes ulike utfordringer og usikkerheter i forbindelse med intervju og kvalitativ forskning. Jeg ønsket å være klar over og åpen for at ulike usikkerhetsområder kunne oppstå gjennom prosessen. Under viser jeg til tre «(...) etiske usikkerhetsområder innenfor intervjuforskning, som normalt dekkes av etiske retningslinjer» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 104).

3.4.1 Informert samtykke

Informert samtykke vil si at informantene har samtykket til å delta i studien. Sykepleierne ble først informert av kvalitetssjefen på sykehjemmet at jeg ønsket å se på hvordan kunnskap deles mellom sykepleiere og på hvilke arenaer kunnskapsdeling skjer. Jeg sendte brevet om «forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt» (vedlegg) så de ble klar over studiens bakgrunn og formål. Før jeg startet intervjuene forsikret jeg meg om at informanten deltok frivillig og jeg informerte dem om at de hadde rett til å trekke seg ut av undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 104). Jeg forsikret meg om prinsippene rundt det informerte samtykke ved å skape en aksepterende og ufarlig atmosfære.

Før intervjuet forklarte jeg hva oppgaven min skulle handle om uten å gi fra meg noe informasjon om de teoretiske begrepsressursene. Jeg snakket om hvem som ville få tilgang til intervjuene og hvordan informasjonen om informanten skulle bli behandlet og lagret. Dette kommer inn under beskrivelsen av konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2017).

3.4.2 Konfidensialitet

Kvale og Brinkmann (2017) påpeker at konfidensialitet gir uttrykk for en enighet mellom forsker og deltaker om hvordan data og informasjon blir behandlet som et resultat av deltakelse. Ifølge Thagaard (2009) handler dette om at «(...) informanten har rett til beskyttelse av sitt privatliv» (s. 224). I min oppgave handler ikke dette bare om informanten, men også sykehjemmet og dets identitet. På sykehjemmet vet alle sykepleierne hvem hverandre er og det er min jobb som forsker at informantene ikke kan identifisere hverandre, eller seg selv i oppgaven (Thagaard, 2009).

Jeg søkte til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som godkjente forskningen og hvordan data ble innhentet. Personopplysninger som navn på sykehjemmet og navn på deltakere ble behandlet konfidensielt og anonymisert. Jeg forsikret deltakerne om at både lydopptak og datamaskin er beskyttet med personlig kode og fingeravtrykksgjenkjenning. Ønsket om å være anonym er for å beskytte deltakerne, så jeg forsøkte å berolige informantene om at deres personopplysninger ikke vil bli nevnt i oppgaven. Det virket allikevel ikke som det var så viktig for informantene. Når en informant velger å være anonym kan det ha tjent meg som forsker fordi jeg kunne tolke deres svar og utsagn uten å bli motsagt (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 106). Kort forklart får deltakerne retten til å være anonyme, men velger de det mister de retten til å si noe hvis noe er feil, som kanskje er det opprinnelige formålet med konfidensialitet.

3.4.3 Min rolle som forsker

Thagaard (2009) trekker frem et annet moment i en kvalitativ casestudie som omhandler det å ha kjennskap til det som skal studeres. Jeg har jobbet på et sykehjem som pleieassistent i snart fem år, så jeg mener jeg har kjennskap til hverdagen på et sykehjem gjennom arbeidserfaring og kjennskap til kunnskapsdeling gjennom utdanningen min. Jeg var usikker på om det ville være et problem at jeg har erfaring fra sykehjem fra før av. På den ene siden kan det gjøre at jeg ikke legger merke til hva andre forskere ville vært oppmerksomme på, fordi situasjoner er relativt naturlig for meg. På den andre siden kan det styrke disse situasjonene. Jeg tenkte etter hvert at det er positivt med kjennskap og erfaring, fordi jeg kunne bruke min erfaring og mine tanker når jeg skulle intervju. Her vil jeg benytte anledningen til å påpeke at sykehjemmet jeg jobber på og sykehjemmet jeg undersøkte ikke er de samme.

Et usikkerhetsområde som gjelder min rolle som forsker ligger i den spenningen «(...) mellom profesjonell distanse og personlig vennskap» (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 108). Som nevnt over forsøkte jeg å skape en god atmosfære før og under intervjusituasjonen. Jeg hadde lest litteratur om hvordan jeg som forsker skulle være i spenningen mellom venn og forsker, som gjorde det både enklere og vanskeligere å utføre et godt intervju. Enklere i den forstand at informantene åpnet seg mer og ønsket virkelig å dele sine tanker og meninger fra, men det var vanskeligere noen ganger fordi jeg glemte å lytte når jeg konsentrerte meg om å virke profesjonell.

Det var viktig for meg å reflektere over betydningen jeg hadde i relasjon til informantene etter intervjurundene. Ytre kjennetegn, som alder og kjønn kan ha betydning for hvordan jeg ble

oppfattet av sykepleierne. Jeg intervjuet bare kvinner, og det hevdes at «når forsker og informant er av samme kjønn, gir det et grunnlag for en felles forståelse» (Thagaard, 2009, s. 106). På den andre siden, hadde jeg intervjuet noen av motsatt kjønn kunne jeg stilt mer utdypende spørsmål som tas for gitt når forsker og informant er av samme kjønn. Jeg følte allikevel ikke at kjønn og alder hadde noen innvirkning på hvor mye informasjon informantene delte med meg.

3.5 Analyseprosessen

I denne delen av metodekapitlet vil jeg forklare hvordan prosessen etter intervjuene har vært. Jeg går nærmere inn på hvilke abstraksjoner jeg møtte når jeg transkriberte samtaleintervjuene, som vil si at jeg oversatte den muntlige samtalen fra lydopptaket til skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2017). Videre forklarer jeg valget jeg har gjort med tanke på analysestrategi.

3.5.1 Fra muntlig samtale til skriftlig tekst

Etter avsluttede intervjuer, før analysen og tolkning av innhentet data og informasjon transkriberte jeg alle intervjuene. Jeg transkriberte intervjuene ganske raskt etter at jeg var ferdig med hvert enkelt av dem. Dette gjorde jeg fordi jeg hadde samtalene godt i minne og fordi jeg ønsket å ha kontroll over transkriberingen selv. Fra den sosiale interaksjonen til ferdigskrevet intervjuetekst kom jeg over flere abstraksjoner, som Kvale og Brinkmann (2017, s. 205) kaller det. Den første abstraksjonen er når man mister den fysiske tilstedeværelsen i intervjuprosessen. Ved å bare lytte til lydopptakene fører det til at man mister kroppsholdning eller håndbevegelser. Flere av informantene brukte både hodet og hendene når de forklarte ting som kunne være slitsomt eller irriterende. Jeg forsøkte å notere dette underveis, men det var veldig vanskelig. Den andre abstraksjonen kom når jeg skulle transkribere. Den kom når jeg ordrett skrev ned intervjuet fra lydopptaket. Der mistet jeg både stemmeleie og uttale, som kunne gjort det vanskelig å tyde ironi eller sarkasme. Jeg var bevisst på dette, så jeg markerte teksten når jeg følte at informanten hadde en ironisk eller sarkastisk tone eller lo litt innimellom. Allikevel valgte jeg å forenkle sitatene for å gjøre det mer forståelig for leseren, som vil si at jeg har tolket svarene i større grad.

3.5.2 Analysestrategi

Min analysestrategi er inspirert av Braun og Clarke (2006) sin tematiske analysestrategi. Her bruker de seks faser for å analysere funnene, men som allerede påpekt er jeg inspirert av strategien, som vil si at analysen har vært en dynamisk prosess hvor jeg har beveget meg frem og tilbake mellom fasene. Intervjuguiden min var delt inn i ulike temaer jeg mente var interessante for oppgaven, men jeg var åpen for at informantenes svar kunne endre på hva som faktisk var interessant. Den første fasen i analysestrategien går ut på å bli godt kjent med dataene, noe jeg gjorde da jeg transkriberte intervjuene. Jeg leste gjennom intervjuene et par ganger før jeg begynte å markere og notere underveis i lesingen. Fase to går ut i fra at man er godt kjent med dataene, noe jeg følte jeg var. Jeg markerte interessante funn og sitater i fargekoder. Fase tre går ut på å søke etter temaer og plassere koder innenfor disse. Som jeg nevnte over var intervjuguiden min delt inn temaer på forhånd, selv om jeg gjennom analyseringen fant noen koder og funn som kunne brukes i andre temaer. Fase fire omhandler å gjennomgå temaene, noe jeg følte jeg hadde et godt grunnlag for, så det brukte jeg ikke så mye tid på. Fase fem handler om å definere temaene, hvor jeg til slutt endte opp med tre overordnede temaer. Jeg brukte en del tid på å kopiere og lime inn sitater fra informantene under hvert av temaene for å lettere lese transkriberingene. Den siste fasen handler om å skrive og produsere en oppgave som inkluderer dataene jeg har innhentet i analysedelen. Her handler det i en viss grad om å overbevise leseren om at det er gyldighet og pålitelighet ved min analyseutførelse (Kvale & Brinkmann, 2017). En vanskelig del av analysen var å skille ut data som ikke kunne bidra til å svare på temaet og forskningsspørsmålene mine. Det ble både fjernet og tatt med sitater gjennom hele prosessen, hvor noen oppsummerte likhetene eller forskjellene mellom informantene.

Selv om jeg hadde delt intervjuguiden inn i temaer på forhånd, fikk jeg data og informasjon fra informantene jeg kunne plassere under de andre temaene. Det argumenteres for at jeg har hatt en abduktiv tilnærming til analysen. Forskningsprosessen i en abduktiv tilnærming veksler mellom teori og empiriske fakta, hvor begge blir tolket på nytt av hverandre (Alvesson & Skoldberg, 2009). Å bruke teoretiske begreper som grunnlag for forskningen ville øke mulighetene til å se ulike mønstre, i denne sammenhengen, kunnskapsdelingen. I mitt tilfelle ønsket jeg å undersøke om mine forskningsspørsmål kunne forklares eller svares på ved bruk av SEKI-modellen, teorien om *ba*, tillit og IKT. Det teoretiske grunnlaget jeg har brukt for å forsøke å svare på mine forskningsspørsmål førte til at jeg så på teorien med nytt syn og ser på empirien med nye teoretiske «øyne» (Hjardemaal, 2011, s. 186).

Analysen har jeg delt inn i to kapitler. Analysedel 1 er mer nære dataene, fortetting, hvor jeg har tydet funn ut ifra ulike utfordringer sykepleierne har, hvordan de opplever kunnskapsdeling og tillit på arbeidsplassen. I analysedel 2 er det mer tolkende fra min side, hvor SEKI-modellen og teorien om *ba* blir tydeliggjort gjennom datamateriale. Avslutningsvis i del 2 ser jeg på hvordan informasjonssystemet og pasientalarmene har innvirkninger på kunnskapsdelingen.

3.6 Studiens kvalitet

Det benyttes i kvalitativ forskning tre kriterier som indikatorer på kvalitet. Disse tre handler om pålitelighet (reliabilitet), gyldighet (validitet) og generaliserbarhet (Kvale & Brinkmann, 2017; Tjora, 2012). Helt fra starten av denne oppgaven ønsket jeg å kombinere både intervju og observasjon for å komme enda nærmere inn på informantene og deres omgivelser. Ifølge Tjora (2012, s. 46) råder det liten tvil om at observasjon som metode er svært krevende, men også det mest virkelighetsnære jeg kan utsette meg selv for, både som student og forsker. Det er ifølge Andersen (2013) en av casestudiers sterke sider, å bruke flere datakilder og metoder for datainnhenting. Dette kalles datatriangulering og ville gitt meg enda mer kontroll i forskningsprosessen ved å for eksempel intervju og observere (Andersen, 2013; Yin, 2014). Kvalitetssjefen, en sykepleier og jeg diskuterte de dagene det ville være mest hensiktsmessig å observere, men med turnus og det faktum at jeg ønsket å fokusere kun på sykepleiere (ikke hjelpepleiere) gjorde det tidsmessig veldig vanskelig å gjennomføre. Dessverre, fant vi ut at tiden ikke strakk til for å både observere og intervju, selv om det påpekes at triangulering ikke nødvendigvis gir bedre eller mer pålitelige forskningsresultater (Kelle 2001, referert i Andersen, 2013, s. 157).

Befring (2007) påpeker at «forskeren må utforme intervjusituasjonen slik at den kan gi informasjon med maksimal validitet og reliabilitet» (s. 125). Siden jeg hadde et semistrukturert intervju, ga jeg i en viss grad informantene frihet til å uttrykke seg på en mest mulig naturlig måte, som i hovedsak vil styrke validiteten i studien. På den andre siden forsøkte jeg å styrke reliabiliteten ved å ha noen tydelige spørsmål hvor jeg hadde forventninger om hva svaret ville bli. Som jeg nevnte tidligere i metodekapitlet intervjuet jeg alle informantene på sykehjemmet, noe som kan føre til informantene ikke tør å være helt ærlige om hvordan ting faktisk fungerer i praksis.

Om mine forskningsresultater har pålitelighet og konsistens, handler om hvorvidt informantene hadde gitt en annen forsker de samme svarene om de samme spørsmålene hadde blitt stilt til dem på et senere tidspunkt. Det er vanskelig å si noe om reliabiliteten fordi jeg intervjuet informantene kun en gang og siden jeg hadde et mer løst og delvis strukturert intervju innså jeg at det vil svekke den (Befring, 2007). Allikevel, siden jeg testet intervjuguiden før selve intervjuprosessen ville det hjelpe meg å hindre mulige feil og mistolkninger, som igjen vil styrke reliabiliteten. Informantene gjentok seg selv ofte gjennom intervjuet, på ulike spørsmål, så det kan tyde på at dataene som fremkommer er konsistent. Jeg har definert validitet ut ifra Pervin (1984, referert i Kvale & Brinkmann, 2017, s. 276) sin forståelse om metoden for denne oppgaven faktisk undersøker det den var ment for. Selv om jeg hadde ganske tydelig rammer/temaer for intervjuguiden som kan ha medført at jeg har oversett andre interessante momenter, mener jeg at jeg har klart å forske på det som var meningen for denne oppgaven.

Som en del av valideringsstrategien la jeg frem deler av oppgaven på gruppeseminar som jeg deltok i gjennom semesteret. Dette gjorde jeg fordi jeg ønsket å få konkrete tilbakemeldinger av de andre studentene og seminarlederne på de ulike oppgavedelene. Generalisering i henhold til teori i denne oppgaven dreier seg i hovedsak om hvordan og hvor kunnskapsdeling foregår på et sykehjem med mulige forklaringer på det fenomenet (Andersen, 2013). Som tidligere nevnt har jeg valgt å ha strategisk utvelgelse av informanter, som jeg visste gjorde det mulig å strekke seg mot å ha kvalifiserte og meningsbærende generaliseringer til andre sykehjem om fenomenet jeg undersøkte.

3.7 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg forsøkt å redegjøre og diskutere for de valgene jeg har tatt i henhold til innsamling av data. Jeg har forklart og beskrevet hvordan jeg startet med å definere hva jeg ville undersøke, hvem og hvor jeg ville innhente data fra, til jeg hadde funnene og analysen relativt ferdig. Jeg har forsøkt å vise, gjennom hele kapitlet, at jeg har reflektert over de ulike valgene jeg har tatt og måttet ta. Jeg har diskutert hvilke fordeler og ulemper det førte til eller kunne føre til og helt til slutt diskutert studiens kvalitet. I neste kapittel vil analysen bli presentert med funn og sitater fra informantene.

4 Analyse del 1

Jeg var på et sykehjem i Oslo kommune. Jeg intervjuet alle informantene inne på sykehjemmet. Informantene var hyggelige, imøtekommende og blide. Alle hadde et lite snev av stress, noen mer stressa enn andre, men de var alle klar på at de hadde tid til å prate med meg. Jeg fikk tilbud om noe å drikke av hver av dem, før vi satt oss inn på et lite kontor, som jeg tror var vaktrommet deres. De fleste informantene intervjuet jeg der. Jeg hadde spørsmål i starten som skulle ufarliggjøre og myke opp samtalen, men jeg fikk raskt inntrykk av at de var åpne og villig til å gi meg informasjon rundt temaene.

I analysekapitlene har jeg valgt å presentere analysen og funnene i henhold til begrepsressursene mine. Jeg har brukt begrepsressursene som en rød tråd gjennom analysedelen for å ha et system for data og funn. I første analysekapittel redegjør jeg for ulike utfordringer de møter på jobb (del 4.1), deretter gjør jeg rede for datamaterialet i henhold til tillit og kunnskapsdeling (del 4.2 og 4.3). Dette har jeg gjort fordi tillit må ligge til grunn for at deling av kunnskap skal skje og det var interessant å se hvilke meninger og synspunkter informantene har rundt det å dele kunnskap med hverandre. I det andre analysekapitlet tar jeg for meg SEKI-modellen (del 5.1) med komponentene sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering, med de tilhørende *ba*. Videre (del 5.2) tar jeg for meg den muliggjørende konteksten med den mentale, fysiske og virtuelle *ba*. Avslutningsvis ser jeg på hvordan informasjonssystemet, Geric, og pasientalarmene har betydninger og innvirkninger på arbeidsdagen og kunnskapsdelingen (del 5.3).

4.1 Utfordringer

Jeg ønsket å finne ut hvorfor de bestemte seg for at det var sykepleier de ønsket å bli. Det var både likheter og forskjeller i svarene deres. Noen av informantene sa at de hadde jobbet som pleieassistenter før de skjønnte at det var sykepleier de ville bli. Det å hjelpe andre og utgjøre en forskjell for andre var de mest åpenlyse likhetene fra svarene jeg fikk. For min case var det svært viktig å vite at de faktisk ønsket å jobbe som sykepleiere, noe jeg merket både på måten de snakket om å jobbe som sykepleier, men også hvorfor de fant ut at det var dette de ville. Et ønske om å være der for at andre skal ha det bra var en gjenganger hos alle informantene, og de virket genuint opptatt av det. De fleste av informantene virket tilfreds med å jobbe på sykehjemmet, hvor de ga uttrykk for både trivsel og velvære på arbeidsplassen, slik jeg tolket

det. Allikevel nevnte flere av informantene tidspresset de jobbet under altfor ofte og det at det er de, sykepleierne, som har ansvar for at alt blir gjort. Dette påvirker, slik jeg tolker det, den daglige trivselen, men at den går i bølger hvor det er dager som er bedre enn andre. Tidspresset kommer tydelig frem i dette sitatet:

Det er mye å gjøre og for få hender i forhold til hvor mange arbeidsoppgaver som skal gjøres (Informant 2).

Å ønske å ta så stor del i andres liv og pleie virker på meg som både en givende og utfordrende jobb. Givende i den forstand at beboerne, som oftest, setter pris på det de gjør, at de prøver å gjøre hverdagen litt enklere og at de ønsker at beboerne skal ha det bra. Utfordringer finnes det både i privatlivet og på arbeidsplassen. Det er de utfordringene som kommer med profesjonsyrket som er interessant for mitt forskningsfelt fordi det vil i stor eller mindre grad ha innvirkninger på hvordan kunnskapsdeling foregår mellom sykepleiere. En utfordring som to av informantene nevnte, som jeg tolker har mindre innvirkning på hvordan deling av kunnskap skjer på Kløvendal, handler om beboere som er terminale eller pre terminale. Øvelse gjør mester er et ordtak som ofte blir brukt, men dette fikk jeg inntrykk av at uansett hvor lang erfaring man har, er ikke det noe som blir enklere med erfaring, men man lærer seg ulike måter å takle ting på. Dette er en taus kunnskap som er så individuell og vanskelig å forklare til andre – det er nok noe en sykepleier må erfare selv for å lære å takle. Sitatet under tydeliggjør denne utfordringen:

Hvor mange ganger jeg for eksempel har vært borti terminalpleie. Ingen er like, og det er alltid en ekstra utfordring og kjenne på den derre lille usikkerheten akkurat i begynnelsen, det kommer alltid. Men det er bare sånn man vokser som sykepleier og å være 100% trygg tror jeg ikke går an på et sykehjem, fordi det er så mye som skjer hele tiden. Beboerne her er så uforutsigbare, medisinsk, fysisk, psykisk, du vet aldri hva som skjer (Informant 1).

Utfordringene sykepleierne opplever som mest utfordrende omhandler i stor grad tidspresset og brukergruppen (beboere vil jeg komme tilbake til senere i analysekapitlet). Når det er snakk om tidspress som en utfordring handler det om å få tid til å gjøre alle oppgavene som må gjøres før vekten er over. Sykepleierne må i stell, stelle sår, dele ut medisiner, lage mat, bestille mat når det er behov, bestille medisiner, gå i legevisitt, veilede og tilrettelegge for beboere, dokumentere og eventuelt endre tiltak på pasientjournalen. Slik jeg tolket flere av svarene handlet det ikke bare om utfordringer, men ekstra hensyn som må tas i løpet av en dag som igjen påvirker tidspresset. Noen dager er mer utfordrende enn andre, men det handler i stor grad

om, som informant 2 påpekte i sitatet tidligere at det er for mye å gjøre og for lite folk som kan utføre oppgavene. Det fremhever informant 3 også:

Det kan være litt utfordrende nå som vi som mange andre i kommunehelsetjenesten sliter litt med bemanningen av sykepleiere, så brukes det en del byrå og det er litt sånn utfordrende. For byråsykepleiere, de kommer ikke hit og får opplæring ikke sant. Du skal bare stille opp og sånn (...) (Informant 3).

Det jobber både pleieassistenter og hjelpepleiere på sykehjemmet, men noen oppgaver er forbeholdt sykepleierne. Det er sykepleierne som har ansvar for å fordele oppgaver og legge en plan for dagen, men for at planen skal kunne følges kommer det ofte an på den andre utfordringen, nemlig beboerne og deres dagsform. Beboerne er den viktigste grunnen til at det er sykepleiere som jobber der og for de fleste informantene virket det som om utfordringene på arbeidsplassen gjaldt i større grad beboerne enn kolleger.

Beboergruppen blir større og større, mer kompliserte, med ulike diagnoser og det kreves mye av sykepleierne som jobber der. Det kreves at de tar ansvar for å følge opp beboerne, holder seg oppdatert på ulike tiltak og utfører oppgavene til en viss standard som er forventet av en sykepleier. Sykepleiere må holde seg oppdatert på ny forskning og kunnskap som kan bedre beboernes liv, fordi medisiner vil man helst unngå. Med grunnlag i flere sitater vil jeg anta at det ikke bare kreves kompetanse basert på faglig kunnskap, men også relasjonelle ferdigheter, som omsorg og kjærlighet. To av informantene la tydelig vekt på at medisiner er siste utvei og det blir bygget opp av sitatet under at kunnskap om tiltak som ikke beror på medisiner er essensielt:

Det er veldig mye som kreves av oss personalet på det psykiske planet. Vi må vite om ulike miljøtiltak fordi medisiner er absolutt siste løsning. Medisinering er absolutt siste løsning (Informant 1).

Som nevnt er det utfordringer og krav sykepleierne står overfor daglig, så det tyder på at tiden og beboernes dagsform har innvirkninger på de ansatte gjennom hele arbeidsdagen. Jeg har tolket tidspresset som den absolutt største utfordringen, men innenfor tidsbegrepet ligger det flere momenter som påvirker tidsbruken. IKT og språklige vanskeligheter tar opp unødvendig tid, som jeg vil komme tilbake til senere. Sitatet under tydeliggjør tidspresset på jobb:

Noen ganger er det rolig og noen ganger er det mye å gjøre, men det er ikke så godt samarbeid. Folk sier de er så slitne, og når du trenger hjelp så sier de at de er slitne og har så mye å gjøre. Det er ikke så mye hjelp å få og da må du bare ta initiativ selv, men det kan ha noe med at vi ikke er nok folk på jobben og da blir det dårlig samarbeid (Informant 5).

Sitatene har jeg tolket slik at det er for mye å gjøre for en sykepleier i løpet av en arbeidsdag og når man føler at tiden ikke strekker til så bygges det opp frustrasjon og irritasjon som kan føre til for eksempel dårlig samarbeid. Når flere av informantene fremhever at arbeidsdagen går fort, det for få hender på jobb og at man ikke alltid blir ferdig med det man bør, så fikk det meg til å lure på om det finnes tillit mellom sykepleierne og om de har tid til å dele kunnskap og erfaringer med hverandre?

4.2 Tillit

Tillit er en viktig komponent i jobben og arbeidsdagen til informantene. Gjensidig tillit mellom sykepleier og beboer, men også sykepleiere seg imellom. Hvis det er tillit blant sykepleierne, vil man kunne stole på at sykepleierne gjør den jobben de skal og det kan forventes av en profesjonsutøver. Når man har tillit til noen vil man i større grad åpne seg og dele kunnskap og erfaringer med vedkommende enn hvis tilliten ikke eksisterte. Tillit som et grunnleggende fundament på arbeidsplassen gjør både dagen og arbeidsoppgavene enklere å fordele og gjennomføre. Alle informantene fremhevet hvor viktig tillit er på jobben og flere forsøker å bygge gode relasjoner til hverandre, selv om det blir påpekt at det er mange ulike personligheter på sykehjemmet som skal fungere sammen. Et yrke som sykepleier baseres i stor grad på det å ta vare på andre og gjøre livet enklere for mange, og da vil tillit fra pårørende, beboere og andre sykepleiere være viktig for å utføre prosedyrer og handlinger ut i fra visse krav. Sitatet under tydeliggjør tillitsdimensjonen arbeidsplassen, uavhengig av hva slags type tillit, enten det er mellom de ansatte, eller mellom sykepleier og beboere:

Det er alt. Du må ha tillit til de ansatte, du må ha tillit til beboerne og beboerne må ha tillit til deg. Og du gir den hjelpen de trenger og har behov for. Så tillit er egentlig ganske overordnet, du må tillit til sjefen din, på at hun ser deg og får ting gjort. Så det er egentlig kjernen i ganske mye (Informant 1).

De mest tilsynelatende likhetene innenfor tillitsbegrepet handlet om at de hadde tillit til hverandres kompetanse og utførelsessevne. Å ha tillit til at noen kan og har evne til å utføre ulike tiltak er viktig i jobben som sykepleier. Selv om det ble påpekt at tillit er veldig viktig på arbeidsplassen, fikk jeg inntrykk av at ikke alle stoler på alle. Det omhandlet i større grad at det som må bli gjort ikke alltid gjøres av den som får beskjed om det, enten det er pleieassistenter, hjelpepleiere eller sykepleiere. Dette fremhever viktigheten av at som sykepleier må man stole på seg selv med sin egen erfaring og kunnskap, og ha egenverdinger i situasjoner man kommer opp i.

Jeg har tolket at den personlige- og forpliktelsestilliten var i mindre grad tilstede enn tilliten til de andres kompetanse. Å stole på at en som har tittelen «sykepleier» kan utføre jobben til en bestemt standard medfølger kompetansetilliten. Sitatet under fremhever alle de tre typene tillit ved at man stoler på noen kolleger (personlig tillit), trenger hjelp av hverandre (forpliktelsestillit) og at man stoler på kompetansen til sykepleierne (kompetansetillit):

Jeg har kolleger jeg stoler på, men ikke alle (...), jeg har noen sykepleiere jeg har mer tillit til og da spør jeg de. Er de ikke på jobb må jeg bare stole på meg selv og jobbe alene. Er det noe nytt trenger vi selvfølgelig hjelp av hverandre. (...) Skal jeg gi deg tips forventer jeg at jeg en gang får det tilbake. Fordi det handler om samarbeid. Man må egentlig stole på hverandre. (...) Jeg stoler på kunnskapen og kompetansen sykepleierne har (Informant 4).

Det skjer en del småfeil på sykehjem, men informantene indikerte at småfeilene som skjer, ikke går på kompetanse eller det å vite hva eller hvordan, men det går på sløvhet. Sløvhet som gjenspeiles i hverdagen fordi beskjeder ikke er videreformidlet. For eksempel kan det være at en beboer som skal få moset mat får vanlig mat, som kan få konsekvenser for både beboer og ansatte. Denne sløvheten har jeg tolket at kan ses i lys av hvor forpliktet du er til å gjøre jobben din og hjelpe andre. Jo mindre forpliktet man er til jobben, vil det i større grad skje småfeil som man kanskje ikke innser kan være veldig viktig. Når det starter med småfeil eller småting som ikke blir gjort riktig, tar ting mye lenger tid fordi man kanskje føler at man må sjekke at det blir gjort riktig. Å bygge opp et fundament av tillit, vil man stole på at alle som jobber på sykehjemmet gjør den jobben de skal og har den kompetansen som trengs.

Du tør å si mer hvis du har tillit til en annen. Det blir mer som en daglig samtale i stedet for opplæring, enn en sånn læringsgreie. Du tar det mer til deg også når du snakker med en du har respekt og tillit for. Jeg vet hun kan sakene sine, hun har jeg tillit til! Hvis jeg som sykepleier kommer til en annen ansatt og forteller at dette bør du gjøre med din beboer, og hvis jeg vet at den ansatte har god tillit til meg, vet jeg at det går fortere å få satt i gang og fortere evaluert og det er ikke noe problem for meg å stole på at det blir gjort (...) (Informant 1).

Som sykepleier med kompetansetillit til de andre sykepleierne vil det være enklere å delegere arbeid jevnt mellom de ansatte, fordi du stoler på at det blir gjort med en viss standard. Det er greit å være faglig uenige angående tiltak eller prosedyrer for da underbygger man tiltakene ved å faglig diskutere og dele erfaringskunnskaper med hverandre. Disse diskusjonene foregår bak lukkede dører og skal ikke påvirke tilliten mellom sykepleierne. Når det er sagt fikk jeg allikevel inntrykk av at flere har sin måte å gjøre ting på hvor det var vanskeligere å endre praksis for noen, fordi man ofte tror det man selv gjør er den beste måten slik jeg har tolket sitatet under:

Det er viktig med tillit. Når man har tillit er kommunikasjonen bedre, men jeg føler det ikke er så god kommunikasjon her nå.. jeg håper det blir bedre og at ting går litt lettere enn det gjør nå. (...) ting endrer seg hele tiden og det er mange som tror de kan forskjellige ting, men en sykepleier må alltid oppdatere seg på kunnskap og prosedyrer og så videre (Informant 5).

Kunnskapsdeling handler om å dele med hverandre, og slik jeg har tolket sitater og litteratur er tillit essensielt for at man ønsker å dele med hverandre. Å holde seg oppdatert og ikke minst ha et ønske om at kollegene dine skal være så gode som mulige i arbeidet med andre mennesker, er både tillit og kunnskapsdeling viktig. Det er gjensidighet mellom informantene hvor flere påpeker at man ikke alltid kan forvente at man skal få, hvis man ikke gir tilbake, noe jeg syns tyder på et arbeidsmiljø som er preget av intern konkurranse, selv om informantene ikke ga direkte uttrykk for dette. Arbeidsmiljøet vil jeg komme inn på senere i analysedelen. En av informantene påpeker viktigheten av å bare spørre hvis det er noe man lurer på:

Jeg tror at tillit er viktig i forhold til det å erkjenne at man trenger å berike seg på kunnskap. At dette er noe jeg trenger mer kunnskap om, og det å spørre ikke minst. Det lærte jeg når jeg som fersk sykepleier sto her - det å bare spørre. Når jeg står her og bare aner ikke hva eller hvordan jeg skal gjøre dette, så blir alt mye enklere å spørre sånn at man får hjelp. Så lenge man er hyggelig med folk, så kan man få hjelp hvor som helst. Jeg ringte rundt og fikk så mye hjelp. Jeg løp rundt til de andre sykepleierne på huset og fikk så mye hjelp. Så lenge jeg bare gikk i meg selv og sa «jeg aner faktisk ikke, jeg har ikke peiling» og i stedet for å bare søke selv.. vi sier ofte til nyansatte «kom og spør, ikke sitt å tenk at du skal finne ut av dette selv, for det er ikke sikkert du gjør». Og det er kjempe slitsomt. Det har jeg lært av veldig mye – bare det å erkjenne at du ikke aner for da er det så mye lettere. Både i forhold til praktiske ting, men også sykepleier rettede ting (Informant 3).

Som Krogh et al. (2001), Nonaka et al. (2000) og flere påpeker er tillit viktig for å dele kunnskap. Mellom informantene var det enighet om at tillit hadde mye å si for å kommunisere, samarbeide og dele med hverandre, men det var ulike oppfatninger om hvordan deling av kunnskap fungerer på jobb. På den ene siden fikk jeg inntrykk av at noen av informantene delte med hverandre, selv om jeg har tolket det som at det var lite bevissthet rundt det i arbeidssituasjonen. På den andre siden var det et ønske om mer fokus på det, og det tiden de får til rådighet bør brukes til å dele kunnskap med hverandre, i stedet for at det blir «sagt veldig mye som ikke trengs å bli sagt» som informant 2 påpeker. Dette vil jeg komme tydeligere inn på under neste punkt (4.3). Som nevnt fikk jeg inntrykk av at kompetansetillit var mer tilstede på sykehjemmet, enn de andre formene for tillit. Alle tillitsbegrepene er med på å utvikle gode relasjoner mellom sykepleiere, som vil stimulere til åpenhet, forståelse og deltakelse.

4.3 Kunnskapsdeling

Som det ble nevnt tidligere er det å dele kunnskap med hverandre selve livsnerven hos profesjoner. Syns informantene det er viktig å dele kunnskap, eller stoler de mer på egenvurderinger og sin egen innhenting av kunnskap? Sykepleieryrke er i kontinuerlig vekst og utvikling, så deling og innhenting av kunnskap vil være viktig for å kunne gi den beste pleien til beboerne og for å kunne vurdere og ta beslutninger som beror på erfaringer og kunnskap fra seg selv og andre. Innføringen av samhandlingsreformen i helsetjenesten nevner en av informantene som en viktig grunn til at det er blitt mer fokus på å innhente ny og utvikle kunnskap hos sykepleierne. Terskelen for å gå på kurs er mye lavere enn før og med bakgrunn i reformen har sykehjemmet andre samarbeidspartnere som har spesialister innen, for eksempel, psykiatri, hvor det kommer andre fagfolk med ekspertkunnskap både for å dele ny kunnskap, men også eksempelvis for å finne riktig behandling til en beboer.

Når jeg snakket med informantene påpekte alle hvor viktig det er å dele kunnskap med hverandre, men et par av informantene savnet det i større grad i løpet av arbeidsdagen enn hva jeg fikk inntrykk av fra de andre. Så det jeg ville undersøke nærmere var hvordan informantene beskriver hvordan kunnskapsdeling skjer på Kløvendal.

Jeg fikk inntrykk av at informantene både ønsker og forsøker å dele kunnskapen sin, men de hadde ulike tanker rundt det, noe jeg tror bygger på erfaringsbakgrunn og trygghet i rollen som sykepleier. Det ligger forventninger og et visst ansvar ved det å være sykepleier, og når man ikke føler seg trygg på egen kunnskap og erfaring gjenspeiler det i større grad om man klarer å dele kunnskapen sin, slik jeg tolket flere av informantenes synspunkt og meninger. En av informantene med minst erfaringsbakgrunn forteller at hun deler det hun har lært, men oftest med hjelpepleiere fordi sykepleierne ofte ikke spør henne om hjelp.

Den største likheten mellom informantene er behovet av at de trenger og ønsker mer kunnskap og erfaring. Det var noe de følte på ofte, flere av dem daglig, for å kunne være klar til å møte ulike utfordringer, både med tanke på beboere og deres behov, men også hvordan rutiner og oppgaver kan gjøres enda mer effektivt, så tiden ikke alltid tar dem igjen. Å ha et konstant ønske om å få ny kunnskap og nye erfaringer for å gjøre en enda bedre jobb, vil ikke bare være viktig for beboernes del, men sykepleierne selv også. De trenger faglig påfyll for å opprettholde forventningene andre har til profesjonen, som i stor grad handler om å gi den best mulige pleien til hver enkelt beboer og deres behov. Å vokse og utvikle seg i rollen som sykepleier handler

om å dele erfaringer og kunnskap med hverandre, noe alle informantene fremhevet som veldig viktig. Allikevel var det mange andre «steder» som ble påpekt for å innhente kunnskap – som var den mest tilsynelatende forskjellen.

Gerica, apoteket, sykepleierne, sykehjemslegen, Google, sykepleien.no, kurs, samarbeidspartnere og legemiddelhåndboken ble brukt for å få faglig påfyll, for å nevne noen. Gjennom de ulike kunnskapskildene er det i større grad eksplisitt kunnskap som blir innhentet, før den internaliseres hos individet. Gjennom sykepleien.no, apoteket og Google finner de eksplisitt kunnskap som er tilgjengelig for alle, men via samarbeidspartnere, Gerica (informasjonssystemet), sykehjemslegen og kurs er det i større grad eksplisitt kunnskap som er forankret i deres praksis som sykepleiere. Gjennom deltakelse på kurs eller å observere sykehjemslegen, samarbeidspartnere og de andre sykepleiernes handlinger vil det være mulig å imitere disse i ettertid. Når jeg analyserte dataene var det første mønsteret som kom tydelig frem distinksjonen mellom formell og uformell deling av kunnskap. Den uformelle kunnskapsdelingen bærer preg av småprat, samtaler og samarbeid mellom sykepleiere, leger og annet fagpersonell gjennom hele arbeidsdagen og vaktbytte, mens den formelle kunnskapsdelingen skjer på kurs, videreopplæring eller fagmøter med kun sykepleiere.

Den uformelle kunnskapsdelingen skjer i ubevisste former, hvor alle informantene forteller at de kommuniserer og snakker med hverandre gjennom arbeidsdagen for at alle oppgaver skal bli utført. For at sykepleierne skal utvikle seg, påpeker informant 5 at hun må dele sine erfaringer og kunnskap og det gjør hun så godt hun kan, selv om hun og et par av de andre savner litt mer bevisste kunnskapsdelingssituasjoner slik jeg tolket det. Som jeg har nevnt tidligere er tidsklemma en stor utfordring for sykepleierne, fortalte informant 2 at hun føler hun bruker ganske mye tid på å dele kunnskap, fordi det ofte kommer noen og spør om råd eller hjelp. Hun påpeker også at det er stort sett kunnskap hun formidler som sykepleier. Flere av informantene nevner også at de «må» dele, noe jeg tolker som at de har et ansvar som sykepleier å dele kunnskap med både hjelpepleiere eller andre sykepleierne. Sitatet under tydeliggjør dette:

Jeg føler jeg er litt pliktig til å dele (...) fordi når jeg informerer hjelpepleiere om noe nytt og forklarer de endringene, så gjør det at de også vil lære mer og ønsker å gjennomføre det man snakker om, for eksempel tiltak. Ikke minst å dele med sykepleiere – vi må alltid gi informasjon videre og hvis jeg får noen artikler pleier jeg alltid å dele det videre. Alle skal få og ta del av det (Informant 1).

Den formelle kunnskapsdelingen har jeg tolket at fagmøter sykepleierne deltar på muliggjør deling i større grad enn ved for eksempel vaktbytte. Dette er stedet hvor de deler det de har lært på kurs eller fått fra apoteket. Det er ikke alle som får dra på kurs, så det vil være viktig å dele med de andre hva man har lært og hva man har fått ut av å delta på kurset. Å ha fagmøter, eller møteplasser hver onsdag gjør det lettere å dele kunnskap og erfaringer med hverandre fordi det er lagt opp til at de skal diskutere og dele faglig og relevante saker. Allikevel er det viktig å være klar over at den nye kunnskapen må anvendes i praksis senere, hvis man skal ha nytte av å dra på kurs eller lignende. Slik jeg tolker det har dette fungert relativt bra så lenge sykepleierne føler de har tid til å ta del i den organiserte onsdagsaktiviteten. To av informantene snakket om at de forteller de andre hva de lærte på kurset fordi de føler seg pliktig til å gjøre det, men også fordi:

(...) vi har en enighet om at når vi gjør sånne ting, så skal vi, jeg skal ikke si at det er så formelt som et fremlegg, men vi har sånne fagmøter på onsdager. Der deler vi det som er relevant fra kurset med de andre (Informant 3).

Kunnskapsdeling skjer i større grad i de uformelle og ubevisste situasjonene hvor sykepleierne diskuterer tiltak eller spør om råd angående for eksempel en beboers oppførsel eller liggesår. I for eksempel legevisitten, hvor en av sykepleierne går en runde med sykehjemslegen og ser til beboerne, skjer det deling av kunnskap. Jeg fikk inntrykk av at informantene ikke var bevisste i sine handlinger gjennom dagen, og tenker ikke over at ulike situasjoner faktisk er kunnskapsdeling. Det går mer på rutine og selvfølgeligheter kanskje? Allikevel påpeker en av informantene at hun føler at hun ofte tilegner seg ny kunnskap gjennom legevisitten fordi:

(...) legene har jo sitt syn på beboerne og sykepleierne har sitt syn. Den faglige diskusjonen man alltid får på legevisitt, den bidrar til at jeg blir skjerpert hele tiden og vil alltid søke ny kunnskap (Informant 1).

Ved å ikke dele kunnskap med hverandre i et arbeid som handler om andre menneskers liv vil kunne by på store konsekvenser. Konsekvensene vil både omhandle beboerne og sykepleiernes motivasjon til å fortsette arbeidet med arbeidet sitt. Beboerne vil for eksempel ikke få den oppfølgingen de har krav på fordi sykepleierne ikke er oppdaterte på ny forskning eller nye tiltak, men jeg fikk bekreftet at det aldri kunne gå så langt før noen hadde fått høre om nytt sårutstyr fra apoteket eller måter å takle ulike beboere på. En ting er den faglige kunnskapen om nye prosedyrer eller lignende, men det er den selvsagte kunnskapen om at en beboer som har stor falltendens og i liten grad greier å gå selv må ha sengehesten oppe gjennom natten. En

konsekvens av dette, enten det er mangel på forpliktelse (som jeg var inne på i analysedelen om tillit) eller mangel på kunnskap om beboerne, fortalte informant 2 om:

En situasjon som kunne vært unngått, var når en beboer fikk et ribbeinsbrudd. Beboeren hadde reist seg opp og gått ut av sengen og hun skal egentlig ha sengehesten oppe. Jeg tenkte på det i tre dager etterpå, fordi jeg var så irritert fordi denne (...) år gamle beboeren kunne være spart for smertene som ribbeinsbrudd medfører og en tur ned på legevakten (Informant 2).

Å ikke dele kunnskap med hverandre vil påvirke samarbeidet mellom sykepleierne som igjen vil påvirke beboerne og deres hverdag. Alle informantene nevnte at uten kunnskapsdeling ville det bli kaos på jobben. Som sykepleier er det viktig å holde seg oppdatert på ny kunnskap og nye innsikter, som blir presisert av en av informantene:

Altså hvis man ikke deler kunnskap og prater litt med hverandre, tenker jeg at det igjen gjenspeiler dårlig samarbeid, da får man ikke den praten med hverandre liksom. Å føle at man blir sett, at man blir hørt, at man får økt kompetansen sin og blir utfordret litt. Det bør man jo bli i et sånt arbeid for å kunne føle at man vokser i jobben, uansett hvor mange år man har jobbet i helsevesenet så syns jeg at man skal få føle seg sett, hørt og utfordret i hverdagen fordi jeg tror det hjelper om man skal klare å fortsette på samme arbeidsplass (Informant 1).

Å se for seg konsekvenser for å ikke dele kunnskap virket ikke vanskelig å tenke seg til da informantene svarte ganske raskt. Når man kan se for seg uheldige konsekvenser rundt det å ikke dele kunnskap, bør det kanskje ikke være så vanskelig å faktisk gjøre det? Det blir påpekt plikt og pliktig som en dimensjon i kunnskapsdelingen. Jeg tolket disse begrepene i både positiv og negativ forstand. Når man har en plikt til å gjøre noe, tolket jeg at noen av informantene syntes det er litt ork å gjøre noe, men når man føler seg pliktig kommer det med hvilken rolle og posisjon du har som profesjonsutøver.

4.4 Oppsummering

I tabellen nedenfor er analysekapittel del 1 oppsummert i henhold til ulike tema, data og funn og teori. Temaene er delt inn i underoverskriftene som har blitt brukt gjennom analysedel 1, hvor data, funn og teori også blir presentert.

Tema:	Data og funn:	Teori:
-------	---------------	--------

Utfordringer som preger både tillit og kunnskapsdeling	Tid Beboere Krav	Forventninger til sykepleierne
Tillit	Essensielt Stole på andre og seg selv	Større grad av kompetansetillit enn forpliktelses- og personlig tillit.
Kunnskapsdeling	De ønsker og forsøker å dele Trenger mer kunnskap og erfaring Bevisst og ubevisst Formell og uformell	Nødvendig for å opprettholde profesjonen Livsnerven hos profesjoner

Tabell 3: Oppsummering analyse del 1

5 Analyse del 2

I analysekapittel del to har jeg forsøkt å analysere dataene i henhold til SEKI-modellen (del 5.1). Jeg har forsøkt å kategorisere ulike synspunkt og meninger rundt hvordan kunnskapsdeling skjer gjennom de ulike prosessene. I del 5.2 har jeg forsøkt å analysere mulige steder for hvor deling av kunnskap skjer i konteksten med den mentale, fysiske og virtuelle *ba*. Avslutningsvis i analysekapitlet (del 5.3) ser jeg nærmere på IKT-systemer sin betydning og innvirkning på arbeidsdagen og kunnskapsdelingen.

5.1 SEKI-modellen

5.1.1 Sosialisering

I praksis gjennom studiet og med opplæring når man starter på et nytt arbeidssted observerer man veldig mye. Gjennom sykepleierstudiet får man opplæring i alt fra å ta en blodprøve, til kateterisering, til bruk av Gericca, som er den elektroniske pasientjournalen. Som pleieassistent får man for eksempel ikke lov til å stelle sår, men som sykepleiestudent kan man observere og senere imitere det man har sett. Slik sett kan et individ tilegne seg taus kunnskap. Ved observasjon kan man tilegne seg den tause kunnskapen uten å faktisk erfare det selv. Flere av informantene fortalte at de observerer mye gjennom både formelle og uformelle delingsarenaer som blir fremhevet av sitatet under:

Jeg observerer veldig mye og hører veldig mye. Vi lærer fra oss selv og ved observere, både på kurs og på jobben (Informant 4).

Jeg ønsket å få noen konkrete eksempler eller situasjoner de husker hvor de hadde observert noe nytt og lært av det. De fleste synes det var vanskelig å komme med et konkret eksempel, selv om jeg forsøkte å fortelle om den gangen jeg observerte en sykepleier sette på en uridom på en av beboerne og nå kan jeg det. Et godt eksempel som fremhever tydelig sosialiseringprosessen i SEKI-modellen kom fra informant 2:

Jo, det var jo et sårstell hvor vi skulle legge inn en spesialbandasje i et sår. Og jeg hadde ikke vært borti den type bandasje før. Så da viste hun meg en enkel måte jeg kunne holde det sterilt på hele veien. Jeg mistet det flere ganger og poenget er jo at det skal holdes helt rent, helt sterilt. Men så viste hun andre sykepleieren meg en kjempe smart måte jeg kunne putte den inni såret

på, samtidig holde den steril og i tillegg vri den rundt så den kom perfekt inn i såret (Informant 2)

«Originating *ba*» er stedet hvor individer deler erfaringer, følelser, emosjoner osv. som skaper konteksten for sosialiseringprosessen. For å finne ut av dette har jeg spurt om hvordan arbeidsmiljøet er på jobben fordi det er der det utvikles tillit, forpliktelse og omsorg. Dette legger grunnlaget for å dele kunnskap mellom sykepleierne (Nonaka et al., 2000). Det er ikke et tydelig mønster gjennom dataene, men det er et er ulike tanker rundt arbeidsmiljøet og hvordan det er på jobb. Jeg har valgt å trekke frem tre sitater som indikerer at arbeidsmiljøet er fint, men at det også går opp og ned:

Det syns jeg er ganske ålreit. Vi snakker om personlige ting, private ting med hverandre, vi snakker med hverandre under arbeidshverdagen. (...) Kommer ansatte godt overens blir det en sånn bølgeeffekt til beboerne. Er vi irriterte og trøtte på hverandre, så merker beboeren det (Informant 1).

Hvordan skal man si det.. Det er ok. (...) Jeg føler at folk klager så mye på jobben hver dag og at det er så mye å gjøre og at de vil ha ny jobb. Det er ikke så trivelig å høre (Informant 5).

Jeg føler at stort sett folk er ganske fornøyde. Det er litt knuffinger, det vil det alltid være, fordi vi er forskjellige mennesker som jobber på samme sted så vil man alltid være litt uenig. Jeg føler jo at folk er greie mot hverandre og vil hverandre vel og det tenker jeg er et godt utgangspunkt. (...) Jeg føler at det liksom er stort sett god stemning og det er veldig fint. Og det er bra. Og jeg tenker at det er sånn det skal være (Informant 2)

Slik jeg tolker funnene er arbeidsmiljøet preget av tidspress, selv om det ikke kommer tydelig nok frem i disse sitatene. Jeg tolket det på måten noen av informantene fortalte at det er så slitsomt når de andre klager på hvor lang tid ulike sykepleieoppgaver tar og hvor lite effektivt noen syns de jobber selv om de føler de får gjort det de skal. Å trives på jobb avhenger av mange ulike faktorer, men jeg har valgt å fokusere på begrepene tillit og omsorg som står sentralt i *originating ba*. Funn som omhandler tillit har allerede blitt analysert, så det vil jeg ikke gå videre inn på her, men sitatene over tyder på at arbeidsmiljøet ikke er helt på topp, som reflekterer noen av funnene i tillitsanalysen.

5.1.2 Eksternalisering

Konverteringen fra taus til eksplisitt kunnskap kommer først til uttrykk når det blir brukt metaforer eller analogier som flere forstår. Ved å bruke metaforer og analogier bidrar det til at man kan artikulere sin tause kunnskap. Det må skapes en felles forståelse slik at analogier ikke

blir misforstått eller mistolket. Jeg fikk inntrykk av at både språk og fagspråk bø på småutfordringer relativt ofte, og de ofte måtte forsikre seg om at informasjon var forstått. På et av spørsmålene jeg stilte som omhandlet utfordringer med fagspråk mellom sykepleiere, forteller informant 3 at hun merker det særlig med tanke på kulturelle ståsted. De andre informantene fokuserte mer på selve talespråket, hvor informant 4 påpekte at hun *må* skjønne hva de andre snakker om. Hvis det er en sykdom hun ikke vet hvordan er eller utvikler seg, leser hun ofte på internett eller spør de andre om å forklare.

Å holde seg oppdatert er en del av å utøve et profesjonsyrke. Som nevnt ble det påpekt at kulturforskjeller ofte byr på utfordringer i løpet av arbeidsdagene. Med sykepleiere fra ulike steder i verden, hvor for eksempel autonomi og selvbestemmelse ikke er en selvfølge at beboere har kan det oppstå situasjoner som kunne vært unngått. Sitatet under fremhever at eksterneringsprosessen ikke nødvendigvis er så enkel som det fremstilles:

Terminologien er nok der, men vi forstår hverandre ikke. (...) Selv om vi kan møtes med den faglige forståelsen, er vi milevis fra hverandre allikevel. Da må vi være tydelige på at vi forholder oss til norsk lovverk og her kan vi ikke tvinge folk til å dusje hvis de ikke vil dusje – med mindre det er fare for liv og helse. Vi løser opp i det, men der har vi strevd mye av og til altså (Informant 3).

Som en videreføring av de kulturelle utfordringene, påpeker flere av informantene at den generelle språkbarrieren også er tilstede. Det kan by på problemer for kunnskapsdelingen, kommunikasjonen og samarbeidet om sykepleierne ikke skjønner hva hverandre sier. Jeg fikk inntrykk av at det oppstår misforståelser og unødvendige gjentakelser på grunn av dette. Det går ikke bare utover tiden de bruker på å prøve å forstå hverandre, men det virket som det noen ganger går utover tålmodigheten til enkelte. Som sitatet under tydeliggjør går det ofte mer tid til å forklare andre hva noe betyr:

Det kan av og til handle litt om språk. For vi er jo mange nasjonaliteter på et sykehjem og det å være trygg på at det jeg sier at det er forstått og mottatt. Av og til strever vi der og vice versa. Jeg forstår kanskje ikke den informasjonen som blir gitt til meg heller. Det at vi prøver å minne hverandre på at vi liksom parafaserer hverandre «forstår jeg deg riktig hvis det var det du sa» osv. fordi der kan det av og til bli litt utfordringer altså, i forhold til kommunikasjon (Informant 3).

Jeg tolket funnene om at fagspråklige barrierer ikke er den største utfordringen mellom sykepleierne. Det handlet i større grad om kultur og talespråket. Som påpekt i teoridelen er nøkkelen til individuell læring og refleksjon språket. Skal man dele det man vet med andre, må den tause kunnskapen bli forklart og beskrevet gjennom et felles språk som kan bli akseptert av

de andre sykepleierne. Det tyder på at språket kommer en viss grad i veien for kunnskapsflyten, hvor det virket som det ofte brukes ekstra tid på unødvendige ting.

Dialoguing *ba*» skaper konteksten for eksternaliseringsprosessen. Det er her det kollektive samspillet foregår – ansikt-til-ansikt. Det er i denne konteksten de skal skape felles forståelser og vilkår (Nonaka et al., 2000). Her vil også selvrefleksjon være en viktig del av det å internalisere ny kunnskap. Talespråket kommer en viss grad i veien for å skape felles forståelser. For å skape felles forståelser vil det være viktig å ta del i den kulturen med de lover og regler som gjør seg gjeldende. Informant 3 fortalte meg et godt eksempel på hvordan kulturen kan komme i veien for dette:

For eksempel så har noen en helt annen forståelse av autonomibegrepet. De kan komme hit og syns det er rart at de som bor her har for eksempel stemmerett. Hvem er de som har rett til å ta et valg? Og der strever vi egentlig veldig. (...) Beboerne har rett til å ta de valgene de tar uansett. Ja, de tar dårlig valg, men det gjør alle sammen hele tiden (Informant 3).

Tidsaspektet dukket opp flere ganger gjennom intervjuene og jeg lurte på hvordan de hadde tid til å sette av en time med meg? Flere av informantene nevner at det er mye å gjøre og mye som skal gjøres gjennom arbeidsdagen, men allikevel ble påpekt av en av informantene at selv om de har mye å gjøre, så ønsker hun også å være en rollemodell for nyansatte, uansett om de ønsker å bli sykepleiere eller ikke: «som sykepleier tar jeg meg tid til dette for å skape et godt grunnlag hvor jeg kan være litt med på å ta en faglig vurdering av kompetansen her» (Informant 1).

Refleksjon er en viktig del av eksternaliseringsprosessen. Å reflektere alene eller sammen med andre etter en situasjon er viktig for å skape en forståelse over hvorfor det er sånn og sånn. Da jeg hadde fått et eksempel på en situasjon hvor de erfarte noe nytt, spurte jeg om de husker om de reflekterte over det i etterkant. Slik jeg tolket flere av informantenes sitater handlet det i større grad å snakke om hva de syns er riktig eller ikke riktig. Informant 1 sier at hun alltid pleier å reflektere litt rundt ting som har skjedd, men gjerne sammen med de andre sykepleierne. Her fikk jeg inntrykk av at hun var åpen for å få tilbakemeldinger eller få til gode diskusjoner rundt et tiltak eller en prosedyre. Både for å lære noe selv, men også det å lære sammen.

5.1.3 Kombinering

I kombineringsprosessen i SEKI-modellen handler det i stor grad om å kombinere ulike eksplisitte kunnskaper, som individer ofte gjør gjennom dokumenter eller andre kommunikasjonsverktøy

som for eksempel Gerica eller email. Dette gjøres for å spre og dele kunnskapen, som igjen kan føre til utvikling av ny kunnskap. Det finnes forskningsartikler, prosedyrer eller legens notater om beboeren på Gerica, som kan bidra til å oppdatere den kunnskapen individet allerede besitter. Det kan også være helt ny kunnskap om for eksempel ny type plaster eller støttebandasjer. Selv om internett og epost ble trukket frem som viktige hjelpemidler til å hente ny informasjon og kunnskap ble det allikevel lagt vekt på å bruke andre fagpersoner.

Legen ble ofte brukt som en kunnskapskilde, hvor en av informantene påpekte at hun har mistet et *trygghetsalibi* siden de ikke har lege for øyeblikket, som hun kunne ringe til hvis det var noe. Nå må hun stole mer på egne vurderinger og de andre sykepleierne. Å bruke hverandre går igjen hos flere av informantene, som tyder på at sykepleierne besitter mye kunnskap de andre ønsker og trenger for å holde seg oppdatert og kunne yte best mulig service til beboerne. Innenfor sykepleie forandrer ting seg veldig fort og det blir hele tiden utviklet nye prosedyrer som skal bedre livssituasjonen for mange beboere. Å dra på kurs i regi av jobben har den siste tiden blitt fokusert mer på, hvor sykepleierne får tilbud om å delta på de kursene som er relevante for deres enheter eller spesialiseringer. Det vil være viktig å alltid ha et ønske om å lære mer, erfare mer og tilegne seg ny kunnskap fordi forandringer i praksis skjer hyppigere enn tidligere.

Jeg har tolket ulike sitater fra informantene om at de er avhengige av hverandre, både gjennom arbeidsdagen generelt og med tanke på innhenting av ny kunnskap. Å være avhengig av hverandre, tolket jeg som noe positivt fordi det kan være en indikasjon på at man stoler på hverandre. En gjensidig avhengighet kan tolkes at bygger på noe godt, hvor man har et ønske om å hjelpe hverandre. Jeg ønsket å høre hvordan informantene stilte seg til den avhengigheten av de andre sykepleierne, hvor noen var tydeligere enn andre i svarene sine. De fleste informantene var helt klare på at de var avhengige av hverandre, men hadde ulike tanker om hvorfor. En av informantene mente det var fordi hun ønsket å ha noen hun kunne spørre for å dobbeltsjekke at det var gjort riktig og slik at hun kunne lære og bli tryggere i egne avgjørelser. Gjennom arbeidsdagen hevder informant 1 at hun kunne vært alene som sykepleier, men at det hadde blitt altfor mye å gjøre:

*Ja, vi er avhengig av hverandre. Ja, jeg kunne vært alene her som sykepleier, men det blir altfor mye for en person. Det er ikke stor avdeling vi har ** beboere, men det er ** forskjellige individer, med ** forskjellige problemer, medisinske utfordringer, pårørende og alt sånt, og det er greit å ha en til å dele frustrasjonen med, gledene med, diskutere med, faglig sett og sånne ting. På den måten er vi avhengig av hverandre, fordi vi utfordrer hverandre og samtidig løfter hverandre i hverdagen (Informant 1).*

På den andre siden er en av informantene klar i sin tale om at hun ikke er avhengig av de andre sykepleierne fordi de ikke viser henne nye ting. Hun fortsetter:

Jeg er ikke så veldig avhengig av dem, men jeg vil at sykepleierne skal stole på hverandre. Vi liker å jobbe to og to for da føler man seg tryggere når man er på jobb (Informant 4).

Slik jeg tolket informant 4 sine meninger om avhengighet fikk jeg inntrykk av at hun føler seg så trygg i rollen som sykepleier, med den kunnskapen og kompetansen som trengs at hun ikke føler seg avhengig av de andre. Men allikevel påpekte hun at de liker å jobbe sammen fordi man føler seg tryggere på jobb, som jeg tror tyder på en form for avhengighet. Slik jeg tolket informantenes synspunkter er at de er avhengig av hverandre i det daglige arbeidet, men ikke like avhengig av hverandre når det kom til å hente ny kunnskap, fordi de kan hente det andre steder. Det virket som de fleste brukte andre kilder eller fagpersoner når det gjaldt sykepleiefag, men når det gjaldt det praktiske på jobben, om Gerica eller hvordan man bestiller ulike medikamenter, spurte de hverandre.

«Systemising *ba*» skaper konteksten for kombineringsprosessen. Her blir teknologiske hjelpemidler brukt for å dele kunnskap med mange samtidig. Dette er stedet hvor ny eksplisitt kunnskap blir kombinert med eksisterende kunnskap. Et slikt sted kan være informasjonssystemet, Gerica. På sykehjemmet har de «stillerapport» hvor de leser i Gerica for å se hvordan vekten før har vært. Dette er skapt for at prosesser skal være enklere og at flere skal ha tilgang til den samme informasjonen, allikevel er ikke stillerapport så velfungerende i praksis:

Når det er stillerapport må man først logge seg inn, så komme seg inn på Gerica og Gerica jobber veldig sakte, noen ganger henger den.. og noen ganger står det ingenting og da tar det lang tid å gå igjennom for ingenting (Informant 4).

Den muntlige rapporten kan være viktigere fordi de får den ansikt-til-ansikt dialogen slik at de kan stille spørsmål og diskutere ulike fremgangsmåter om ulike ting. Gjennom stillerapporten får de bare lest hvis det er noe spesielt og de har ikke mulighet til å stille spørsmål hvis det er en spesiell beboer de lurer på. Jeg tolket det som om alle informantene synes stillerapport virker som en god ide, men at det fungerer dårlig i praksis fordi de for det første ikke stoler på at alle leser gjennom rapporten før de går ut i avdelingen og for det andre at det ofte tar lang tid å få logget seg inn:

Det er ikke alle som tar seg den tiden å gå inn på Gerica og vente på at alle skal logge seg på og vente til alt funker osv. Man bruker nesten 15 minutter bare å få kommet seg inn og lest og kommet seg i gang. Så det kvarteret vil heller noen bruke på å være ute i avdelingen og bare skrive ned de beboerne man har (ansvar for) også går man rett ut i avdelingen. Jeg pleier alltid å passe på at man får rapport, spesielt hvis det er noe med beboerne. Det er det viktigste! Jeg gir muntlig rapport for å være sikker på at den informasjonen går videre. Det tror jeg jeg kommer til å gjøre uansett om stillerapport fungerer eller ikke, fordi det kan gå fort hurra meg rundt når man kommer på jobb og fem minutter forsinket på grunn av buss og trikk og så videre. Jeg passer på at det blir gitt viktig informasjon uansett (Informant 1).

5.1.4 Internalisering

I internaliseringsprosessen handler det i stor grad om å lære og tilegne seg kunnskap gjennom egen erfaring. Gjennom sosialisering, eksternalisering og kombineringsprosesser blir erfaringene internalisert hos individet. Når dette skjer ses denne kunnskapen på som både en verdi og en ressurs (Nonaka & Takeuchi, 1995). Da vil denne kunnskapen være en verdi for ikke bare sykehjemmet, men for de andre sykepleierne så de kan lære av hverandre. En av informantene forteller meg at hun var på kurs om stimulering, hvor det vises at hun gjennom dette kurset brukte observasjon, refleksjon og tidligere kunnskap for å prøve ut noe nytt hun hadde tenkt seg til, som underbygger internaliseringsprosessen i SEKI-modellen:

Akkurat nå er jeg på kurs om hvordan vi kan støtte beboerne når de er veldig urolige og trenger stimulering. Vi har en pasient som er veldig urolig og finner ikke roen. Da bestemte jeg meg for å prøve å gi han en litt hard klem, og han motsatte seg ikke. Han roet seg og slapp pusten ut. Jeg fortalte det videre, at dette fungerte! Man lærer av å gjøre det (Informant 4).

Det å bli kjent med hver enkelt beboer er viktig i arbeidet for å finne ut av hvordan ting fungerer eller ikke fungerer. Det er individer, med ulike interesser, meninger, intimsoner og så videre, så kjennskap til beboerne er det flere av informantene som trekker frem som viktig når man jobber på et sykehjem. Det vil da være viktig å dele kunnskap om beboerne slik at deres hverdag blir så forutsigbar som mulig. Jeg tolket flere av sitatene at det å lære gjennom erfaring, eller det «å lære ved å gjøre» er viktig fordi praksis i utdanningen er ikke det samme som å jobbe som sykepleier:

Det er jo en ting å forholde seg til den fagkunnskapen, den du er tillært via praksis eller kanskje særlig litteratur da, enten det er forskning eller faglitteratur. Virkeligheten er en ganske annen når det handler om et menneske, et individ (Informant 3).

«Exercising *ba*» skaper en kontekst for internaliseringsprosessen og blir definert av det individuelle og virtuelle samspillet. Å lære seg å bruke Gerica er viktig fordi det er der man dokumenterer og hvor tiltak og prosedyrer er beskrevet. Det er et verktøy som skal gjøre hverdagen enklere og mer effektiv, men man må lære seg hvordan man bruker det. Noen hadde kjennskap til Gerica fra før av fordi de hadde jobbet som pleieassistenter, men alle måtte lære seg å bruke det på jobben. Det ble påpekt at det var lite opplæring gjennom studiet, så det ble litt mer «jeg prøver å klikke her, så ser vi hvordan det går» (informant 1). Systemet ble oppgradert for en stund siden og det var enighet mellom informantene om at før oppgraderingen var det enklere å sette seg inn i Gerica, men etter oppdateringen var det flere av informantene som trengte hjelp. Den største forskjellen i dataene var hvem de spurte om hjelp. En av informantene fortalte at hun fikk opplæring av kvalitetssjefen på jobben, mens de andre fortalte at de fikk hjelp av de andre sykepleierne. Sitatene under tydeliggjør forskjellen:

Da måtte jeg spørre hun kvalitetssjefen hvor hun hadde en time med meg hvor hun lærte meg hvordan man brukte det. Så viste hun meg en blekke som var veldig fin, så satt jeg og bladde i den også lærte jeg meg det til slutt (Informant 2).

De andre viste meg hvordan jeg skulle gjøre det. Hvis jeg lurte på noe gikk jeg også å spurte andre sykepleiere hvis det var noe (Informant 4).

Individet går gjennom en prosess hvor erfaring og kunnskap blir internalisert hos individet. Når det skjer ses kunnskapen på som en verdi og en ressurs. Med dette i tankene ønsket jeg å vite om de føler at det er et ønske blant andre å bruke deres erfarte kunnskap på jobben. Å føle at deres kunnskap og kompetanse er sett på som en verdi tolker jeg som å være viktig for å bygge tillit og gode samarbeidsrelasjoner mellom sykepleierne. Det var ulike meninger rundt dette hvor en av informantene følte hun var ganske populær på huset så mange vil ha henne på sin avdeling, men en annen informant var usikker på om det egentlig er et ønske å bruke hennes kunnskap og erfaring. To av informantene følte at de er en verdiressurs for sykehjemmet:

Ja, de kommer veldig mye til meg – fordi at jeg har jobbet her så lenge, så har jeg ganske mye kunnskap om praktiske ting om hvor vi finner ting eller hvor de skal henvende seg for å få tak i det eller elektroniske hjelpemidler – dette kjenner jeg ganske godt. Det elektroniske journalsystemet vårt er jeg veldig godt kjent med, så sånne ting bruker de meg mye (Informant 3).

Jeg har tolket informantenes ulike meninger, som at noen i større (eller mindre) grad blir brukt som kunnskapsressurser på sykehjemmet. Dette gjenspeiler hvor lang erfaringsbakgrunn de har og hvor lenge de har jobbet på Kløvendal.

5.2 *Ba* – den muliggjørende konteksten

Som nevnt i teoridelen kan *ba* utgjøre et mentalt, fysisk eller virtuelt sted. Videre i denne delen av analysen har jeg delt inn *ba* som ulike steder hvor kunnskapsdeling kan skje. Jeg analyserte funnene ut i fra spørsmålene fra intervjuguiden som omhandler felles mål (mentale *ba*), vaktbytte (fysiske *ba*) og Gericca, den elektroniske pasientportalen (virtuelle *ba*). Jeg forsøker også å se hvordan det skapes og bygges energi til *ba*.

5.2.1 Felles mål – mentale *ba*

Grunnlaget i det mentale *ba* er at man deler en felles visjon eller et felles mål. Jeg ønsket å få svar på om de hadde det på jobben og flere av informantene var inne på samme visjon. Alle informantene trekker frem viktigheten av at beboerne skal ha det så bra de kan ha det og at sykepleierne er der for å ivareta beboernes behov.

Vi har noe som heter «bedre hverdagsliv» her på sykehjemmet. Det var noen som sa det så godt da «de bor ikke på jobben min, men jeg jobber hjemme hos dem», selv om det er et sykehjem, og det er fordi at de skal føle seg som hjemme og at det ikke er en institusjon for beboerne (Informant 1).

Å ha et felles mål eller visjon er viktig for å skape en indre motivasjon hos sykepleierne, fordi de bidrar til fellesskapet og for at andre skal ha det bra. Å bo på et sykehjem, det er hjemmet deres:

Her er vi veldig opptatt av at dette ikke er en akutt institusjon, her bor man. (...) De kan bo her i veldig mange år, så vi er veldig opptatt av at dette skal være deres hjem, vi jobber i hjemmet til beboerne her og det livet som leves her, det er det levde livet. (...) Her lever de og skal erfare store deler av livene sine her. Og det er vi veldig opptatt av, at de skal få forme livene sine så mye de kan selv da (Informant 3).

Slik jeg tolket dataene har informantene et tydelig mål om at de er der for at beboerne skal ha et så godt liv som mulig, i deres nye hjem. Slik jeg har forstått det ønsker de å bidra til at denne visjonen eller målet skal bli oppnådd – hele tiden. Det er et felles mål som må jobbes med hver dag, som ikke trenger et fysisk sted eller en spesiell tid for å oppstå.

5.2.2 Vaktbytte, lunsj og stellesituasjon – fysiske *ba*

Det fysiske *ba* er et fysisk sted hvor sykepleierne møtes for å snakke sammen eller der de er sammen, som er bundet til både sted og tid. De har vaktbytte kl 07.30 og kl 15.00 og noen enheter har midtrapport hvor de møtes midt på dagen også. Dette fysiske *ba*, i likhet med det virtuelle *ba*, som jeg kommer tilbake til nedenfor, endrer seg gjennom uken fordi det er nye sykepleiere som kommer vakt og så videre. For å finne ut av om vaktbytte brukes til å dele kunnskap med hverandre stilte jeg først spørsmål om de følte at vaktbytte er en god arena for å dele kunnskap og erfaringer med hverandre. Informant 5 fortalte at det hadde vært fint å kunne gjøre det, men det er ikke veldig mye tid til å gjøre noe mer enn å gi en rask rapport om spesielle hendelser i løpet av dagen.

Tidsaspektet går igjen hos alle informantene og det er et kjent fenomen på sykehjem at det er for mye å gjøre og alltid for lite folk. Selv om man sjeldent faktisk er for få på jobb, har jeg fått inntrykk av at det noen ganger er for få sykepleiere på jobb. Allikevel er det vaktbytte på ettermiddagen hvor alle møtes, hvor det er flere sykepleiere samlet. Noen av informantene peker på at vaktbytte noen ganger er den eneste tiden hvor alle møtes i løpet av dagen. Her kan de sitte bak lukkede dører å prate om prosedyrer eller tiltak. Allikevel nevner flere av informantene at tiden i vaktbytte ofte blir brukt til å dele unødvendig informasjon, som for eksempel at «den beboeren har dusjet i dag.. men hallo, det gjør hun jo hver onsdag» (informant 2). Et vaktbytte skal tidsmessig ta ca. 10-15 minutter, men når pasienter ringer på, telefonen ringer eller pårørende ønsker å snakke med sykepleier på avdelingen blir den ofte forstyrret. Det blir ofte uansett for liten tid til å diskutere viktigere ting i en ellers så hektisk hverdag.

(...) Det er veldig viktig fordi det er jo sånn at noen begynner sånn og noen starter sånn. Det er ikke så lett på morgenen eller på kvelden, men når alle er mer eller mindre tilstede (en må selvfølgelig være ute i miljø) er det veldig viktig. Og litt med dette å løfte disse tiltakene sånn at vi snakker om det litt faglig. At det skal være mulig å faglig argumentere for de tiltakene vi igangsetter (Informant 3).

Dette sitatet fremhever at det er viktig å få faglig argumentert for ulike prosedyrer og tiltak som blir satt i gang. Å forklare hvorfor man skal gjøre det på den og den måten vil være viktig for å videreformidle informasjon og kunnskap til de andre. På onsdager har de noe de kaller overlappende vakter hvor de har nesten en hel time sammen. Her diskuterer de spesielle hendelser eller ting som er viktig for enheten for at alle skal få det med seg. Dette anser jeg som en god arena for kunnskapsdeling, men spørsmålet er om alle sykepleierne, de som ikke har vakt den dagen, får med seg hva de diskuterer eller om det blir videreformidlet?

Et annet fysisk sted jeg tenkte de kunne snakke fag, diskutere ulike prosedyrer eller lignende ville være i lunsjpausen. Det ville være et godt utgangspunkt for å dele kunnskap med hverandre fordi da fikk man beboerne litt på avstand og at de er ikke inne på selve avdelingen. Men hvis sykepleierne faktisk fikk tid til å spise lunsj så var det ikke snakk om jobb. Lunsjpauser er nesten ikke en arena for å spise lunsj engang, så det var stor enighet om deling av kunnskap brukte de ikke lunsjen på. I en stellesituasjon, hvor de må være to, tenkte jeg som et potensielt sted for kunnskapsdeling. Jeg tenkte det kunne være et godt sted å observere og snakke sammen om hva og hvordan man utfører de ulike prosedyrene eller tiltakene, men det var ulike meninger rundt dette. En likhet mellom informantene er at når man er to inne hos en beboer, skal de snakke til beboeren og ikke hverandre, men jeg fikk inntrykk av at det ikke alltid var slik og at det faktisk skjer kunnskapsdeling på den arenaen i en viss grad. En av informantene forsøkte å finne tid til at, spesielt nyansatte, skal få være med til en beboer som krever to for at han/hun skal få god opplæring og føle seg trygg i slike situasjoner.

Jeg tolker funnene som omhandler de fysiske stedene som tilstedeværende, men i liten grad brukt for å dele kunnskap med hverandre. Det går igjen på tidsaspektet, som jeg følte fotfulgte meg gjennom analysen, og unødvendig informasjon som blir delt. Jeg tror tidsaspektet vil påvirke kunnskapsdelingen i mye større grad enn jeg først antok.

5.2.3 Gericca – virtuelle *ba*

Det virtuelle *ba* brukes ofte for å dele kunnskap til og med større grupper. Det blir sendt ut mail med informasjon om alt fra nye sårprosedyrer til ernæring. Gericca er, som nevnt tidligere, den elektroniske pasientportalen sykepleierne bruker for å innhente informasjon om beboere, skrive tiltak og prosedyrer, dokumentere og hente ny kunnskap. Å ha et slikt verktøy bidrar til at flere kan få samme informasjon og kunnskap. Alle informantene mener Gericca er et viktig redskap i arbeidshverdagen, hvis det funker som det skal vel og merke (som jeg kommer tilbake til senere):

Jeg syns Gericca er viktig, for der har vi blodtrykk og de siste målingene, vi kan følge med på vekt og vektkurver, som er viktig når vi skal ha kontakt med lege. Etter legevisitt brukte vi også sånn halvårsvurdering og legemiddelgjennomgang på pasienten. (...) Legen skriver og vi skriver og det følte jeg var en veldig fin måte å vurdere pasienten på og vise at vi følger med (Informant 2).

Gerica blir brukt av hele Oslo kommune og det er her de får epikriser fra sykehus og svar på blodprøver. Det er via Gerica de kommuniserer med de andre bydelene og de bruker det for å lese seg opp på sykdomshistorikken til beboere eller lignende. Gerica blir brukt til å skrive og lese rapport av sykepleierne når det er vaktbytte eller andre ganger i løpet av dagen da det er nødvendig. Informant 5 forteller meg at hun syns Gerica er et viktig redskap fordi når hun får rapport stoler hun ikke alltid på at den muntlig er god nok når hun skal på vakt. Slik jeg tolker det handler det i større grad om å være helt sikre på at all informasjon er gitt og forsikre seg om tiltakene fortsatt er de samme som før.

Å dokumentere på Gerica handler også om distinksjonen mellom ansvar og ansvarlighet en profesjon har (Solbrekke & Englund, 2011). Sykepleierne må dokumentere fordi det skal, som informant 5 påpeker, reflektere jobben hennes, men også fordi de blir kontrollert om de har dokumentert eller ikke. De dokumenterer fordi de må, som en del av ansvarlighetsbegrepet, fordi de må begrunne for sine handlinger og tiltak gjennom dokumenteringen. På den andre siden, slik jeg tolker det, dokumenterer de fordi de ønsker at hver enkelt beboer skal få den hjelpen og pleien de trenger. Informant 3 tydeliggjør ansvarlighetsdimensjonen med dette sitatet:

Vi har erfart hvor verdifullt det er med god dokumentasjon. Det at fylkesmannen kan komme inn å lese og gå gjennom dokumentasjonen hvis det er nødvendig. Jeg er veldig glad for at vi har vært flink på det. (...) det er viktig i etterkant eller at pårørende kan kreve innsyn (...) (Informant 3).

Informant 3 forteller at videre at Gerica ikke bare blir brukt som en elektronisk pasientjournal, som jeg kort var inne på tidligere:

Vi bruker veldig mye elektroniske hjelpemidler. Du kan hente en del informasjon ut fra Gerica – hvor du kan hente mer praktiske data hvor alle prosedyrer og sånne ting ligger som vi bruker veldig mye. (...) Så om det skal være kateterisering eller nesesonding, så ligger alt der. Veldig fint og veldig glad for det (Informant 3).

5.2.4 Bygge, skape og gi energi til *ba*

Å bygge, skape og gi energi til *ba* omhandler at deltakerne skal ha en viss grad av autonomi, et visst kreativt kaos, overflødig informasjon og nødvendig variasjon. Det er også viktig med omsorg og tillit, men det er allerede nevnt tidligere i analysen. Jeg ønsket å se på i hvor stor grad informantene følte at de bestemmer over egen arbeidshverdag, om de alltid jobber på samme avdeling eller om det er mye informasjon som blir både delt og dokumentert som er

unødvendig. Å ha selvbestemmelse er en viktig motivasjonsfaktor for profesjoner og for å skape energi til å dele kunnskap med hverandre. De fleste informantene påpekte at de ofte bestemmer selv hva de må gjøre den dagen, men det går ofte i sykepleieoppgaver, som ingen andre kan gjøre uansett. Informant 5 forteller meg at «jeg bestemmer alltid hvis jeg trenger mer tid hos en pasient, men det skjønner ikke hjelpepleierne for eksempel. (...) da er de alltid misfornøyde når det er vaktbytte, selv om jeg er fornøyd med egen jobb». Informant 3 hevder hun i stor grad bestemmer i egen arbeidshverdag:

(...) jeg føler veldig at jeg kan styre min egen arbeidsdag og at det er veldig rom for det, både fra ledelsen og fra enheten, det må jeg si. Opplever i veldig lite at noen står og puster meg over nakken og skal se eller høre, eller til enhver tid fortelle hva jeg driver med. Det er det ingen som krever (Informant 3).

Oppgavene og beboerne blir fordelt på morgenen av sykepleier som er på jobb hvor oppgaver som å ta skyllerom eller å lage mat ofte blir tildelt til hjelpepleiere eller pleieassistenter. Allikevel forteller informant 4 meg at sykepleierne noen ganger må gjøre alle andre oppgaver også:

Ser jeg at det bare ligger og slenger, så gjør jeg det. Jeg orker ikke si 100 ganger at dette må du gjøre. For å komme med et eksempel er det fast matbestilling på torsdager og det vet de andre. Andre gang denne uken er det sykepleierne som ender opp med å bestille mat, selv om det ikke er vår oppgave. Hvis vi er bare sykepleiere på jobb må en av oss selvfølgelig bestille mat, men det skjer aldri (Informant 4).

Slik jeg har tolket de ulike svarene så ligger det, igjen, et tidspress gjennom hele dagen fordi det ofte oppstår uforutsette hendelser. Da må man prioritere hva som er viktigst å gjøre den dagen. Sykepleierne har det overordnede ansvaret på at ting blir gjort, og etter en viss standard. Jeg har tolket synspunktene rundt autonomi på jobben at de føler de bestemmer over egen arbeidshverdag, selv om de har oppgaver de må gjøre fordi de er sykepleiere.

Selv om det hevdes i SEKI-modellen at overflødig informasjon kan bidra til å skape ny kunnskap, må det ikke være belastende for de ansatte. Mye av det som blir delt i vaktbytte blir påpekt av flere at er unødvendig bruk av tid. To av informantene kom tydelig inn på dette:

(...) jeg slipper å lese mye unødig informasjon som at det skrives at beboer spiste to brødsiver eller at beboer ble snudd to ganger i natt. Det trenger man ikke skrive, fordi det står i tiltaket på Gericca (Informant 1).

For eksempel trenger jeg ikke å vite at den personen har spist tre brødsiver hvis han spiser tre brødsiver til frokost hver dag. Jeg vil bare vite om beboeren har falt, fått noen sår eller har vært noen akutte hendelser (Informant 4).

Slik informasjon kan nok neppe bidra til å skape ny kunnskap. Det virket heller som om det var svært irriterende å få informasjon som er en selvfølge. Det siste punktet ved å skape energi til *ba* handler om, som jeg var inne på, nødvendig variasjon. Alle informantene jobber fast på samme avdeling, selv om noen av de har bakvakter for de andre avdelingene når det ikke er sykepleier tilstede på den ene avdelingen. Jeg spurte informantene om hva de synes om å jobbe på samme avdeling hele tiden og det var enighet blant informantene om at de trives best med å være på samme avdeling. Slik jeg tolket det var det stort sett på grunn av beboerne og kontinuitet i deres hverdagsliv. Informant 2 understreker det de andre informantene også var inne på angående beboerne, det er «(...) for å skape trygghet, meningsfullhet og det at det skal være gjenkjennbart for beboerne». På den andre siden åpner en av informantene seg om at hun savner å flytte litt rundt i ulike avdelinger, for da visste hun hvem de fleste beboerne var, men nå vet hun ikke det lenger. Informant 2 synes det er veldig fint å jobbe på samme avdeling hvor også hun tydeliggjør det informantene var enige om:

Jeg liker best å jobbe på et sted (...) det er så viktig å kjenne de. Det er for eksempel mange som mister språket og når du da blir kjent med de forklarer det så mye av atferden og utageringen. Jeg føler jeg klarer å være en bedre sykepleier når jeg kjenner beboerne mine (Informant 2).

5.3 Gerica og pasientalarmer

Som sykepleier i dag er det ikke bare nødvendig med kunnskap om sykdommer, medisiner, bivirkninger osv., men man trenger kunnskap om teknologien og hvordan man bruker den i praksis. Gerica er som nevnt den elektroniske pasientjournalen og nytt pasientalarmsystem fikk de i oktober/november 2017. Beboerne har pasientalarmene på armen eller rundt halsen, mens noen bare har snorene de kan dra i ved sengen eller på badet. Andre beboere har sensoralarmer, som utløses hvis de reiser seg fra sengen. Telefonene de ansatte går rundt med er en litt stor Samsung smarttelefon, som en av informantene var ganske irritert over, fordi den var ikke så smart som en smarttelefon bør være. Siden jeg har erfart at teknologien som egentlig skal gjøre arbeidsdagen litt enklere gjør de ansatte frustrerte og irriterte følte jeg det var viktig å finne ut av om IKT-systemene hadde innvirkninger på kunnskapsdeling mellom sykepleierne på Kløvdal, i positiv eller negativ forstand eller begge deler.

Å ha teknologi som fungerer som det skal er viktig for at arbeidsdagen skal være fylt med meningsfylte oppgaver og kontinuitet. Gericia blir ikke bare brukt til å dokumentere for beboere og hente ny kunnskap, men det blir brukt til å skaffe vikarer, registrere avvik og planlegge dagen. Det er essensielt for sykepleierne at IKT-systemene fungerer som det skal. Det ble påpekt av flere av informantene at Gericia fungerte bedre at det ble oppgradert, men at det fortsatt ikke er optimalt. Det finnes svakheter og irritasjonsmomenter i de fleste informasjonssystemet rundt omkring på arbeidsplassene, men Gericia skal være et system for at sykepleierne skal vite mest mulig om alle beboerne, så de kan gjøre en bedre jobb for den enkelte. Det var kun en av informantene som påpekte en stor svakhet ved systemet som jeg tolket som en relativt essensiell, men også frustrasjonsgivende svakhet, som hadde effektivisert prosedyrer og ruiner:

Hvis vi har en beboer vi har prøvd å stabilisere over lengre tid og vi har endret tiltak mange ganger, så kan jeg ikke se hva som har skjedd over lengre tid, for da må jeg gå til koordinerende superbruker for å finne det ut. Før kunne jeg gjøre det selv og det er litt klønete – det savner jeg. (...) Jeg tror sykepleierne kunne hatt nytte av å kunne gjøre det selv på avdelingen. Spesielt hvis vi får inn nye beboere og hvis de har hatt spesielle tiltak før i hjemmetjenesten eller forrige sykehjem kan vi se om de fungerte eller ikke fungerte (Informant 1).

Flere av de andre informantene påpeker også at Gericia ofte har en tendens til å henge og de bruker lang tid på å komme seg inn på systemet, som også er nevnt i sammenheng med stillerapport. Jeg fikk inntrykk av at det var noe som irriterte alle informantene, fordi det blir en tidstyv som informant 2 påpekte. Informant 4 startet å fortelle meg at det ikke påvirker arbeidsdagen hennes om Gericia ikke funker, for da går hun bare hjem. Hvorfor skal hun sitte å vente der hvis den bare henger og tuller? Allikevel litt senere fortalte hun meg at det er dager når hun må oppdatere tiltaksplaner eller dokumentere viktige ting blir hun ganske sint og irritert. Det er viktig at Gericia fungerer hvis ikke må man bruke tid dagen etterpå for å dokumentere for dagen før som er en irritasjonsfaktor. En av informantene er redd for at neste sykepleier som kommer på vakt skal tro at hun ikke har gjort jobben sin om hun ikke får dokumentert. Sitatet under reflekterer over hvordan det påvirker henne hvis Gericia henger, noe flere av informantene er enig i:

(...) det påvirker meg også påfølgende dag, fordi da må jeg inn å tilbakeføre journal, for det er det man gjør påfølgende arbeidsdag. Vi blir kontrollert på at vi har skrevet rapport hver dag, hver vakt. Så det kan liksom ikke være noen huller, så påfølgende dag vil jeg ofte starte å skrive rapport fra i går.. det er litt ork. Også er det det å huske hvordan ting var i går osv. (Informant 3).

Det er viktig at både Gerica og ikke minst pasientalarmene fungerer som det skal. Noen av beboerne er helt avhengig av alarmene for å kunne si ifra at de trenger hjelp, så hvis det ikke funker må de bruke tid på å få det til å fungere igjen. Da er det andre arbeidsoppgaver som blir forskjøvet eller ikke blir gjort, fordi det er veldig viktig at det fungerer – det handler om pasientsikkerhet. Teknologien er med på å forme de menneskelige handlingene på arbeidsplassen, enten fordi det må prioriteres å løse problemet eller fordi det påvirker sykepleierne bevisst og ubevisst. I tillegg til at alarmene må funke, må også telefonene som mottar anropene virke. Jeg må innrømme at jeg ble overrasket over hvor «fancy» telefonene var, men de så i overkant store og tunge ut for deres mening og det ble underbygget av en av informantene:

Den kan ikke brukes til noe. Det er en felleskatalog der som er lastet ned, men den oppdaterer seg ikke for den ikke er på nett. Den er i tillegg ganske stor, vi kunne like gjerne hatt en personsøker. Vi kan ta bilder med telefonen, men vi siden den ikke er på nett får vi ikke sendt de til pårørende (...). Plutselig står det på telefonen søker etter nett, også er det faktisk noen som ringer også kommer ikke vi. Det skaper mye utrygghet, hvor noen blir veldig sinna og rasende. Men det er veldig forståelig. Det å ringe på også kommer det ingen og det er fordi alarmsystemet ikke funker.. det har vært veldig mye avviksskriving på det, hvor det er ført inn en egen logg hvor vi skriver inn alle disse feilene (Informant 3).

Når man må bruke IKT gjennom arbeidsdagen forutsetter man at det skal fungere som det skal og at man vet hvordan det skal brukes. Gjennom intervjuene fikk jeg inntrykk av at det ofte var irritasjon og frustrasjon rundt de teknologiske hjelpemidlene, både når det gjaldt Gerica, men også pasientalarmer og telefonen. Dette er teknologi de er avhengige av gjennom arbeidsdagen, både med tanke på det ansvaret de har til å dokumentere, men også ved å innhente kunnskap og ulike tiltak som kan bidra til å bedre livskvaliteten til beboerne.

5.4 Oppsummering

I tabellen under har jeg oppsummert analysekapittel del 2 i henhold til de ulike temaene jeg har forsøkt å analysere datamateriale ut i fra og hvilke funn som har kommet frem. De teoretiske begrepene blir tydeliggjort i kolonnen lengst til høyre.

Tema:	Data og funn:	Teori:
SEKI-modellen	Observasjon Kulturelle og språklige	Refleksjon Felles språk

	<p>utfordringer</p> <p>Stillerapport som lite funksjonelt</p> <p>Kurs som noen får gå på</p> <p>Erfaringsbakgrunn</p>	Observasjon
<i>Ba</i>	<p>«Bedre hverdagsliv» - felles mål</p> <p>Vaktbytte, lunsj og stellesituasjon</p> <p>Gerica</p> <p>Selvbestemmelse i stor grad, unødvendig med overflødig informasjon, liker å jobbe på samme avdeling</p>	<p>Mental <i>ba</i></p> <p>Fysiske <i>ba</i></p> <p>Virtuelle <i>ba</i></p> <p>Autonomi, overflødig informasjon, nødvendig variasjon</p>
IKT	<p>Irritasjonsmomenter</p> <p>Bruker mye tid på det</p> <p>Fungerer bra når det fungerer og gjør arbeidsoppgaver enklere</p>	<p>For en profesjon er det nødvendig med kunnskap om IKT og hvordan man bruker det gjennom arbeidsdagen</p>

Tabell 4: Oppsummering analyse del 2

6 Diskusjon

Gjennom analysedelene har jeg forsøkt å bruke de teoretiske begrepsressursene som verktøy for å lage et rom for å diskutere mine forskningsspørsmål i dette kapitlet. Jeg har hittil forsøkt å analysere hvordan kunnskapsdeling foregår på Kløvendal og på hvilke steder det skjer. Jeg har også forsøkt å se hvordan IKT har innvirkninger på kunnskapsdelingen mellom sykepleierne. Funnene i analysekapitlet tyder på at kunnskapsdeling skjer i en viss grad, men det er ulike oppfatninger og meninger rundt tillit og på hvilke steder deling av kunnskap skjer. Videre tyder det på at IKT har både en positiv og negativ innvirkning på kunnskapsdelingen på Kløvendal. I dette kapitlet er hensikten å diskutere forskningsspørsmålene opp mot empirien som er gjort i forbindelse med studien «kunnskapsdeling mellom sykepleiere». Temaet skulle besvares ut i fra tre forskningsspørsmål:

1. *Hvordan foregår kunnskapsdeling på et sykehjem?*
2. *På hvilke steder skjer kunnskapsdelingen?*
3. *Hvordan innvirker IKT-systemer på kunnskapsdelingen?*

I del 6.1 og 6.2 kobler jeg diskusjonen mer direkte opp mot forskningsspørsmålene hvor tillit, SEKI-modellen og teorien om *ba* vil utgjøre en vesentlig del. Videre i del 6.3 følger en diskusjon om hvordan Gericca og pasientalarmene har innvirkninger på kunnskapsdelingen mellom sykepleierne.

6.1 Kunnskapsdeling på Kløvendal

Det første forskningsspørsmålet mitt var «hvordan foregår kunnskapsdeling på Kløvendal?». Kunnskapsdeling er en deltagende sosial praksis med både mennesker og IKT, men som en forutsetning for kunnskapsdeling ligger begrepet tillit, som er definert i teorikapitlet som kompetanse-, personlig- og forpliktelsestillit. I likhet med begrepsavklaringen til Grimen (2008) og Newell et al. (2009) tyder analysen på at det er større grad av kompetansetillit mellom sykepleierne, enn de to andre tillittypene. I jobbsammenheng er det oftest tillit til teknologi og andres kompetanse som svikter (Grimen, 2008). Det å stole på at de andre gjør det de skal til en viss standard uten å måtte dobbeltsjekke eller gjøre arbeidsoppgavene på nytt indikerer at kompetansetillit er tilstede på sykehjemmet. Småfeil og sløvhet blant de ansatte påvirker i større

grad forpliktelsestilliten sykepleierne har til hverandre og de andre ansatte på sykehjemmet, enn kompetanse- og personlig tillit. Tillit til teknologi blir tydeliggjort senere i diskusjonskapitlet.

Uavhengig av tillitstype påpeker Krogh et al. (2001, s. 64) at når arbeidsmiljøet preges av gjensidig tillit er det lettere for sykepleierne å diskutere tvil eller andre bekymringer de måtte ha. Arbeidsmiljøet på sykehjemmet fremsto som ganske bra, men analysen tyder ikke på at alle informantene føler de kan diskutere bekymringer med alle de andre sykepleierne. Det ble videre påpekt at når man er mange forskjellige mennesker som jobber sammen kan det by på ulike utfordringer. Dette kan være en indikasjon på at man ikke fokuserer på å dele med hverandre i løpet av arbeidsdagen, men at man spørre hvis man lurer på noe. Allikevel skjer kunnskapsdeling i løpet av arbeidsdagen, selv om tidspresset ble nevnt som en stopper for at det skal skje på flere områder. Kunnskapsdeling er viktig for å utvikle seg som sykepleier, men analysen tyder på at det er lite bevissthet rundt det å dele kunnskap fordi det er, for å sitere informant 2, «for mye å gjøre og for få hender». I motsetning til dette så jeg allikevel tydelige tendenser til både en formell og uformell kunnskapsdeling. Den uformelle og ubevisste kunnskapsdelingen skjer i vaktbytte, fagmøter eller via Geric. Den formelle og bevisste delingen av kunnskap skjer via kurs og videreopplæring osv. Allikevel foregår ikke denne formen for kunnskapsdeling direkte mellom sykepleierne. For at bevisst kunnskapsdeling skal skje må det foreligge et behov eller et problem.

Funn fra analysen tyder på at de snakker sammen og samarbeider gjennom arbeidsdagen, med hverandre og annet fagpersonell, som Styhre (2011) fremhever som viktig for å opprettholde profesjonens ekspertise. Sykepleierne må konstant interagere og samarbeide med hverandre gjennom arbeidsdagen for at de skal kunne dele kunnskap, som tyder på at en uformell kunnskapsdeling skjer i stor grad. Funn fra analysen tyder på at sykepleierne er ubevisste rundt denne formen for å dele kunnskap, selv om det ikke er så overraskende. Det fremgår i analysen at de ofte deler kunnskap med hverandre hver dag, men det er lite bevissthet rundt viktigheten av det. Som jeg var inne på er de mer uformelle kunnskapsdelingsstedene vaktbytte, fagmøter og eventuelle møter etter at noen har vært på kurs, som jeg vil komme tilbake til under neste forskningsspørsmål om hvor kunnskapsdeling skjer.

Som sykepleier besitter de aller fleste mye erfaring og kunnskap gjennom både studier og jobb. For å kunne tilegne seg ny kunnskap, må man ifølge Nonaka og Takeuchi (1995) gjennom de fire modusene i SEKI-modellen som er prosessen fra taus til eksplisitt kunnskap. I

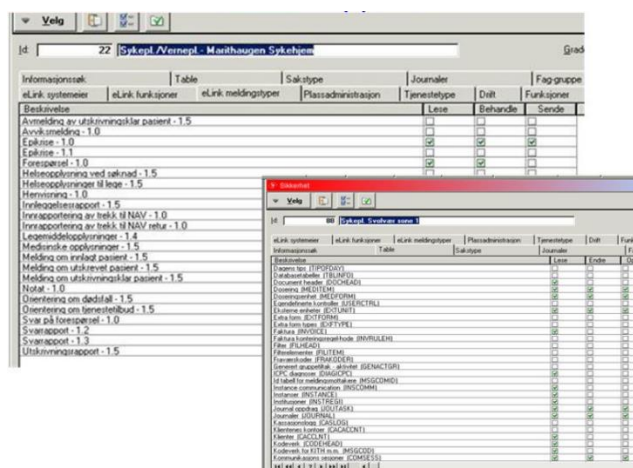
sosialiseringprosessen, hvor man kan tilegne seg taus kunnskap direkte fra andre ved observasjon og imitering, tyder ikke analysen på at observasjon blir brukt som en bevisst metode for å dele kunnskap selv om alle som starter å jobbe på et sykehjem må ha opplæringsvakter hvor observasjon er en viktig komponent. Det er i tillegg vanskelig å administrere denne typen kunnskapsdeling fordi det som oftest skjer i ubevisste og uformelle settinger som funn fra analysen tyder på (Essers & Schreinemakers, 1997). Det kan virke som det er vanskelig å tenke på en situasjon hvor man har observert noe og imitert det etterpå, fordi man kanskje i større eller mindre grad gjør det hver dag?

Videre i prosessen må den tause kunnskapen konverteres til eksplisitt kunnskap. Innenfor eksternaliseringsmodusen er det viktig å ha et felles språk hvor det kan bli brukt metaforer og analogier. Analysen tyder på at dette er vanskelig fordi det både er språkvansker og kulturelle forskjeller. På et sykehjem og andre steder er kommunikasjon en forutsetning for kunnskapsdeling, men når det er fremmedspråklige ansatte og norske dialekter kan kommunikasjonen være vanskelig. Det oppstår misforståelser på grunn av dette, selv om det blir tydeliggjort av sykepleierne at de forsøker å forstå og bli forstått.

Som profesjonsutøver forventes det at man har utviklet et repertoar av kommunikative ferdigheter for å dele kunnskap i fagfellesskapet (Styhre, 2011), men det kan virke som erfaringsbakgrunn og språk påvirker disse ferdighetene. I eksternaliseringsmodusen blir refleksjon sett på som en viktig ressurs, og det er viktig at sykepleiere reflekterer over deres praksis fordi man har et ønske om å utvikle seg og finne ut om noe kunne blitt gjort annerledes (Tashiro, Shimpuku, Naruse, Matsutani & Matsutani, 2013). Ifølge Essers & Schreinemakers (1997) tar man sjeldent andres erfaringer i betraktning når man prøver å finne den beste måten å gjøre ting på, som skjer oftere med mennesker med ulik kulturell bakgrunn. I motsetning til dette tyder analysen på at refleksjon var noe informantene måtte gjøre, for å bedre praksis, men også for å forsikre seg om at tiltak, prosedyrer og rutiner blir gjort på best mulig måte. Slik jeg tolket det, ble dette gjort uavhengig av språkvanskene og kulturell bakgrunn, fordi det må gjøres for beboernes beste. Ved å bruke tid på å reflektere over ulike prosedyrer eller tiltak med seg selv og andre kan det resultere i økt kvalitet i kommunikasjonen og forholdet mellom de ansatte, som igjen vil påvirke tillitsrelasjonene.

Å kombinere eksplisitt kunnskap, med allerede eksplisitt kunnskap gjøres på Kløvendal gjennom Gericca (pasientjournalen), epost, forskningsartikler eller apoteket, selv om de fleste informantene la vekt på at de brukte andre fagpersoner og de andre sykepleierne i større grad

enn å lese forskningsartikler på nett. Det var en av informantene som bruke internett for å finne svar på ting oftere enn å spørre de andre, som kanskje indikerer mindre gode tillitsrelasjoner eller mindre åpent arbeidsmiljø på jobb. Meningen med denne kombineringsmodusen er å kunne dele kunnskap til større grupper gjennom teknologiske verktøy, noe sykehjemmet gjør via både epost og Gerica. Gerica bruker sykepleierne til å dokumentere, oppdatere tiltak og hente ny kunnskap om plaster, ernæring og så videre. Det er en god delingsplattform når den fungerer, noe jeg vil komme tilbake til senere i diskusjonen.



Bilde 1: En del av brukergrensesnittet til Gerica

Gjennom disse tre prosessene skal ny kunnskap bli internalisert hos individet. For eksempel så må rutiner for å dele ut medisiner bli virkeliggjort gjennom praksis. Man tilegner seg kunnskap gjennom egen erfaring som en informantene påpekte da hun prøvde noe nytt hun hadde lært om på et kurs. Slik jeg har tolket det preges kunnskapsdelingen på sykehjemmet av et fåtall av prosessene i SEKI-modellen, hvor kombineringsprosessen, vil jeg påstå, er den som blir brukt mest. Dette er fordi ulike prosedyrer og tiltak blir skrevet ned og dokumentert på Gerica, for at alle som kommer på vakt kan bli informert og få beskrivelser av nye rutiner eller lignende.

6.2 Hvor skjer kunnskapsdeling?

Mitt andre forskningsspørsmål omhandler hvilke steder kunnskapsdeling skjer. På sykehjemmet finnes det fysiske, virtuelle og mentale steder hvor det både foregår og ikke foregår formell og uformell kunnskapsdeling. Det mentale stedet, felles målet om at beboerne skal det så bra som mulig, var det tydelig enighet om blant informantene. Det virket som at de var genuint opptatt av beboernes daglige velvære.

Det skal bygges og skapes energi til det felles målet, gjennom autonomi, variasjon, omsorg og tillit og overflødig informasjon (Nonaka et al., 2000). Det ligger i liten grad en dimensjon av alle begrepene i dette målet hvor det kan tyde på at tillit og autonomi er mest sentralt. De utøver selvbestemmelse ved å jobbe etter visjonen hver dag fordi de gjør det de mener er riktig for at beboeren skal ha det best mulig. Variasjon og overflødig informasjon er ikke dimensjoner som gjør seg gjeldende her fordi visjonen og det felles målet er så konkret. Tillit er et begrep som går igjen, og slik det ble diskutert i forrige delkapittel er det viktig med tillit på jobben. Om dette mentale stedet går som et *ba* ifølge Nonaka og Takeuchi sine bruksdefinisjoner, er vanskelig å vite da flere av ressursene for å skape energi til *ba* er lite tilstedeværende.

Vaktbytte blir påpekt av flere informanter at det er et delvis og ikke velfungerende sted for å dele kunnskap fordi det er preget av tidspress og deling unødvendig informasjon. Det er liten grunn til å tenke at dette er stedet for effektiv kunnskapsdeling, selv om det er en viktig kontekst for å dele. Det er ikke bare sykepleiere under vaktbyttene, men det er i større grad både hjelpepleiere og pleieassistenter også. Det skal allikevel på ingen måte være et hinder for kunnskapsdelingen at det er hjelpepleiere og pleieassistenter under vaktbyttene. Det tydeliggjøres i analysen at det er et ønske om å bruke vaktbyttene som en arena for å dele kunnskap, men det blir igjen fremhevet hvor liten tid de har. I motsetning til vanlige vaktbytter har de overlappende vakter eller lange vaktbytter på onsdager. Her ble det påpekt at de har bedre tid til å argumentere faglig for ulike tiltak og diskutere relevante saker i henhold til beboergruppene, som tilsier at kunnskapsdeling skjer i større grad.

Lunsjpausen kunne i utgangspunktet vært et godt sted å dele kunnskap med hverandre, men til forskjell fra vaktbytte med rapport tilsier funnene fra analysen at de sjeldent får tid til å sette seg ned å ta lunsj. Å skape og bygge energi til et ikke-eksisterende sted for kunnskapsdeling ville vært mot sin hensikt, fordi det ble tydeliggjort i dataene fra analysen at hvis de hadde rukket å ta lunsj, hadde de mest sannsynlig lagt igjen jobbtelefonene og ikke snakket fag. I likhet med lunsjpausen kunne stellesituasjoner vært et godt utgangspunkt for å vise og dele både kunnskap og erfaringer gjennom dialog og observasjon.

Til forskjell fra lunsjpausen hvor det bare er ansatte sammen, er noen ganger en stellesituasjon (i denne sammenhengen) to ansatte og en beboer. På den ene siden kan det føre til et økende kunnskapsnivå blant de ansatte ved å diskutere og observere underveis, men på den andre siden er det beboerne som er i sentrum. De skal alltid snakke *til* og *med* beboer, selv om det ofte sklir ut. Ved å ha gode systemer og rutiner for kunnskapsdeling, kunne stellesituasjon vært et godt

sted hvor ansatte med mindre erfaringsbakgrunn kunne observert en med mer erfaring, som også er kjent som mesterlære. Den med mindre erfaringsbakgrunn kan i tillegg bidra med nye impulser og ny kunnskap. Dette kan bidra til å skape og bygge omsorg og tillit blant sykepleierne. Et annet relevant punkt, som også er kritisk til SEKI-modellen, er om det faktisk er deltakere med forpliktelse og villighet til å dele erfaringer, og i hvilken grad de med lengre erfaringsbakgrunn ser på deres egne tause kunnskap som viktigere enn å skape ny kunnskap sammen (Tsoukas, 2002).

En fysisk kontekst hvor deltakerne er både forpliktet og villig til å dele det de har erfart og lært er gjennom fagmøtene sykepleierne har. Her har de en enighet om at når noen har vært på kurs, skal det deles med de andre. I disse fagmøtene skal de diskutere faglige temaer som er på agendaen, men det viktigste med disse møtene er å kunne anvende den utviklede kunnskapen i praksis for at sykehjemmet kan ha nytte av den. Denne konteksten kan sammenlignes med Lave og Wenger (1991) sitt begrep om praksisfellesskap, fordi det er en relativt stabil medlemsgruppe hvor man deler ny kunnskap med andre medlemmer og mindre erfarne medlemmer må tilegne seg ny kunnskap for å aktivt delta i fellesskapet.

Et virtuelt sted kunnskapsdeling muliggjøres er gjennom Geric, som er et veldig viktig redskap under arbeidsdagen hvis det fungerer. Geric blir ikke bare brukt til å dokumentere og skrive tiltak, men det blir hentet ny informasjon og kunnskap om ulike prosedyrer og lignende. I Geric blir eksisterende eksplisitt kunnskap kombinert med ny eksplisitt kunnskap, som eksempelvis skjer når både legen og sykepleierne dokumenterer ulike tiltak eller nye rutiner for sårstell. Når det skjer er det viktig at alle ansatte går inn på Geric for å oppdatere seg på det som har blitt journalført. Funn fra analysen tyder på at Geric blir brukt som en kunnskapskilde og som en kunnskapsdelende kontekst, selv om informasjonssystemet ikke alltid fungerer like bra. De mest åpenbare funnene er den ubevisstheden at Geric, samarbeid og samhandling gjennom arbeidsdagen er kontekster hvor kunnskapsdeling skjer. Analysen tyder videre på at stillerapport er en god idé, men at det i praksis ikke fungerer. Dokumentasjonen på Geric skal være en bekreftelse på det som blir fortalt muntlig, men det blir allikevel påpekt at noen går inn og leser fordi de ikke stoler på den muntlige rapporten.

Som profesjonsutøver har du for det første ansvar overfor å handle i beboere og pårørendes interesser, og for det andre en ansvarlighetsdimensjon som legger vekt på det å kunne begrunne og svare for sine handlinger til andre og samfunnet generelt (Solbrekke og Englund, 2011). Når fokuset på dokumenteringen av beboerens hverdag blir rettet mot det at sykepleierne blir sjekket

om de har dokumentert eller ikke, vil konsekvensen være at praksisen blir rettet mot kontroll i stedet for tillit. Funn fra analysen tyder på at de fleste klarer å balansere kravene mellom å dokumentere fordi det er viktig som en del av yrke (ansvarlighet) og fordi det bidrar til at beboeren skal ha det så bra som mulig (ansvar).

6.3 Hvordan har IKT innvirkninger på kunnskapsdelingen?

Det tredje, og siste forskningsspørsmålet mitt handler om hvordan IKT virker inn på sykepleiernes kunnskapsdeling. For en profesjon er det nødvendig med kunnskap om IKT og hvordan man kan bruke det gjennom hverdagen. Et relevant punkt her vil være å spørre seg om teknologien bidrar til å gjøre arbeidshverdagen litt enklere for sykepleierne, eller er det et irritasjonsmoment i hverdagen som tar opp mer tid enn nødvendig?

Det ble nevnt at Gericia fungerer bedre etter oppdateringer, men det er på langt nær optimalt. Gjennom arbeidsdagen er det oppgaver som ikke blir gjort fordi man for eksempel må fikse pasientalarmene. Dette handler om pasientsikkerhet som på den ene siden kan føre til frustrasjon og lite fokus på å dele kunnskap, men på den andre siden bidra til at flere lærer seg hvordan det kan fikses eller hvor viktig det er å ha velfungerende teknologi på jobben. Grimen (2008) påpeker at tillit til teknologien er viktig i arbeidsorganiseringen og arbeidsdagen. Derfor er det for mange en selvfølge at Gericia og pasientalarmene skal fungere til enhver tid, men på grunn av at sykepleierne har opplevd utallige «heng» i systemet er denne tilliten i liten grad tilstede. Det blir påpekt at de bruker altfor mye tid på å få ting til å fungere, eller bare det å måtte ta seg tid til å ringe til noen som kan komme og fikse det. I lys av dette bygges det opp mye irritasjon rundt informasjonssystemene og pasientalarmene på jobb, som igjen påvirker både arbeidsmiljø og tillitsrelasjoner. Gericia er en god plattform for deling av kunnskap, men analysen tyder på at Gericia i liten grad blir vurdert som et kunnskapsdelende sted og heller som et verktøy for å gjøre arbeidsdagen enklere. Det har nok i større grad med at sykepleierne er lite bevisste rundt denne formen for kunnskapsdeling, som jeg var inne på tidligere.

Som nevnt i analysen har sykehjemmet smarttelefoner, som både er tunge og store, men også lite velfungerende i praksis. De blir ofte logget av nettet og bruksområdet er begrenset til å motta anrop fra pårørende eller andre sykepleiere og alarmer fra beboerne. For en så stor smarttelefon er den, som en av informantene påpekte, «ikke så smart». Denne teknologien som

skal gjøre arbeidshverdagen enklere har blitt en selvfølge ved at sykepleierne ikke er bevisste på at den har innvirkninger på deres handlinger (Latour, 1992). Fra pasientalarmer og til smarttelefonen er det slik beboere kan si ifra hvis de trenger hjelp eller det er på den måten sykepleierne kan få tak i hverandre. Allikevel har det utviklet seg et irritasjonsmoment fordi den er lite praktisk med tanke på størrelse og bruksområde i en hektisk arbeidshverdag. Teknologien, med pasientalarmer og pasientjournalen, kan synes å bestemme eller tvinge frem bestemte handlinger, som Latour (1992, s. 152) ville beskrevet det som. Det vil være viktig å ikke la teknologien komme i veien for utvikling av tillitsrelasjoner og interaksjon mellom sykepleiere som er særdeles viktig for å dele og utvikle taus kunnskap på arbeidsplassen.

7 Konklusjon og oppsummering

I det avsluttende kapittelet konkluderer og oppsummerer jeg de viktigste funnene. Videre blir det diskutert mulige begrensninger ved bruk av SEKI-modellen og muligheter ved teorien om *ba* i denne sammenhengen. Deretter vil det være noen avsluttende betraktninger.

I et samfunn i stor endring, med økende behov for effektivitet og kvalitet bør deling av kunnskap tydeliggjøres på alle nivåer. Sykepleieryrket har beveget seg fra å være en institusjonsbasert sykepleie hvor man deler ut medisiner til å være et omsorgsfullt og pleiende yrke. I nyere tider kreves det en balansegang mellom ansvar og ansvarlighet, og bedre kunnskapsdelende praksiser for å opprettholde sykepleiernes ekspertise og profesjonalitet i et samfunn fylt av kunnskap og effektivisering.

Gjennom analyse og diskusjon ser jeg både likheter og forskjeller mellom empiri og teori når det kommer til deling av kunnskap. Det fremheves på den ene siden at observasjon, det å lære ved å gjøre og å ha møter for å diskutere det faglige i arbeidet er viktig, men på den andre siden er det lite bevissthet rundt det å dele kunnskap. Fagmøtene anses som en god arena for å dele kunnskap, og det blir i en viss grad lagt til rette for at deling skal skje gjennom vaktbytter, men på grunn av tidspress og unødvendig informasjon flere av informantene fremhever er det tidsklemma som hindrer for effektiv kunnskapsdeling.

Styhre (2011) hevder at «to trace a profession, one must start with its knowledge sharing practices» (s. 164). På Kløvendal sykehjem virket det som det var lite bevissthet rundt deres kunnskapsdelende praksiser, selv om alle informantene mente det var veldig viktig. Kunnskapsdeling på Kløvendal foregår i stor grad gjennom hele dagen, gjennom den ubevisste og uformelle samhandlingen og interaksjonen, men det virket som det var et ønske å fokusere og blir mer bevisst rundt det å dele kunnskap med faglig relevante diskusjoner gjennom vaktbytter og andre steder. Selv om informantene hadde ulike meninger og synspunkter rundt tillit, arbeidsmiljø og det å være avhengige av hverandre, mente alle at tillit var kjempe viktig på arbeidsplassen, med tillit til ledelsen, seg imellom og til beboere. Å bygge opp under en arbeidskultur med tillit og fokus på deling, vil profesjonene, slik Styhre (2001) påpeker, møte trangeten de skal ha til å snakke med hverandre og samarbeide for å holde seg oppdaterte rundt deres rolle som sykepleier.

IKT som en del av arbeidsplassen og arbeidsorganiseringen har tydelige innvirkninger på informantene. I likhet med kombineringsprosessen i SEKI-modellen bruker de Gericia for å dele og spre kunnskap og informasjon om beboerne, men IKT-systemene er også en irriterende gode til tider. Når det blir forsøkt å dele nye tiltak med de andre via Gericia skjer det stadig at den henger og frustrasjonen rundt det virker uunnværlig. Alle informantene har opplevd at teknologien har sviktet, og det medfører mer arbeid dagen derpå, som igjen vil presse på tiden gjennom arbeidsdagen og minke mulighetene for gode kunnskapsdelende kontekster.

Som det ble konkludert med er det et ønske fra noen av informantene å ha bedre muligheter for å dele kunnskap gjennom arbeidsdagen. Det vil være viktig å jobbe aktivt med å tilrettelegge for en kultur som fremmer både læring og kunnskapsdeling på arbeidsplassen. Avdelingsledere og andre ledere på sykehjemmet kan ikke tvinge frem utveksling av kunnskap, men de må oppmuntre til samarbeid og bygge opp under et arbeidsmiljø som verdsetter kunnskapen fra alle sykepleierne på sykehjemmet uavhengig av erfaringsbakgrunn (Lai, 2013). I likhet med Lai (2013), fremhever Nonaka et al. (2000) at « (...) the interactive organic coherence of various ba and individuals that participate in ba has to be supported by trustful sharing of knowledge and continuous exchanges between all the units involved to create and strengthen the relationships» (s. 19).

De viktigste funnene i denne studien handler om at sykepleierne har i stor grad et ubevisst forhold til kunnskapsdeling. Viktigheten av de uformelle stedene der deling av kunnskap kan skje ble tydeliggjort gjennom intervjuer, analyse og diskusjon. Den største uformelle og ubevisste kunnskapsdelende praksisen muliggjøres gjennom IKT-systemene. Et velfungerende system som både er en delingsplattform og dokumentasjonsplattform er essensielt for strukturen for dagsorden, arbeidsdagen og arbeidsoppgaver. I tillegg er et viktig funn at kompetansetillit var noe som fremgikk som overordnet, men at tillit er noe som må jobbes med, det kommer ikke nødvendigvis automatisk med profesjonstittelen.

På et sykehjem, eller andre helseomsorgtjenester, er det viktig for de ansatte, både nye og gamle, å få muligheten til å jobbe tett med dem de ønsker de skal lære av, og ikke minst oppleve mestring i arbeidshverdagen (Lai, 2013). Å bruke de teknologiske løsningene som finnes er viktig for å innhente informasjon, men det er delingen av den tause kunnskapen som er nøkkelen til effektivitet på arbeidsplassen, ifølge Krogh et al. (2001). Det blir tydeliggjort i Krogh et al. (2001) at man må finne gode løsninger på hvordan man kan strukturere informasjon og effektivt finne frem til mulige løsninger, slik eksempelvis St. Meld. 15 2017-2018 *Lev hele livet – En*

kvalitetsreform for eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) foreslår med delingsplattformen Tidsrom. Her skal man kunne finne både kunnskap og informasjon om hvordan man kan tilrettelegge for et aldersvennlig samfunn. Allikevel er det anvendelsen av informasjonen og kunnskapen som til slutt har betydning for sykehjemmet. Man må kontinuerlig investere i sykepleiere som kunnskapsressurser, hvis ikke vil verdien av den reduseres over tid.

Sykehjemmet er avhengig av at den tause kunnskapen sykepleierne besitter blir eksplisitt for å kunne dele den videre i organisasjonen (Nonaka & Takeuchi, 1995; Nonaka et al., 2000), men i denne sammenhengen hvor det er fokus på individ- og gruppenivå kan man tilegne seg taus kunnskap ved å observere og lære ved å gjøre, slik som i sosialisering- og internaliseringsprosessen. Å bruke disse prosessene for å dele kunnskap for så å tilegne seg den kunnskapen virker i teorien enklere enn for det første å gjøre det i praksis, men for det andre å diskutere det i denne oppgaven. Den tause kunnskapen er skjult, og også ofte for den som har den (Lai, 2013). Viktigheten av observasjon, imitering og læring ved å gjøre og tilbakemelding fra den som besitter den tause kunnskapen vil være viktig for å dele denne kunnskapen.

Som en teori om organisasjonslæring og kunnskapsledelse har SEKI-modellen et helt annet utgangspunkt enn det den ble brukt til i denne studien. Den er utviklet i henhold til japanske bedrifters suksess til å skape kunnskap og det å bruke kunnskap som en verdiressurs for organisatorisk suksess. I min studie handler det om det mest grunnleggende i hele teorien, nemlig kunnskapsdeling på individnivå og gruppenivå, nærmere bestemt kunnskapsdeling mellom profesjoner.

SEKI-modellen, med teorien om *ba* og tillit som vesentlige komponenter for kunnskapsdeling har spilt en sentral rolle i forbindelse med denne studien. Ulike typer tillit har blitt analysert og diskutert gjennom oppgaven, som gjorde det mulig å finne ut av hvilken type tillit som var mest fremtredende mellom sykepleiere. Sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering med tilhørende *ba* har blitt brukt til å forklare hvordan kunnskapsdeling foregår mellom sykepleiere. En kritikk av SEKI-modellen som en begrepsressurs er at den mer eller mindre ser på kunnskapsdeling som uproblematisk (Newell et al., 2009), noe det tilsynelatende ikke er mellom sykepleiere på et sykehjem med kulturforskjeller, språklige barrierer og IKT-systemer. Modellen er svært idealistisk og fanger i liten grad opp utfordringer rundt teknologien og IKT-systemer som er en stor del av sykepleiernes arbeidsdag som viser til en svakhet ved å bruke denne modellen som et teoretisk grunnlag for kunnskapsdeling.

Når *ba* kan være et mentalt, fysiske eller virtuelt sted var det tilsynelatende interessant å se hvor mulige steder for deling av kunnskap kunne skje. På grunn av visjoner, teknologiske hjelpemidler, fagmøter og vaktbytte, er modellen og teorien relevant for å undersøke hvor kunnskapsdeling kan skje. På en annen side har ikke SEKI-modellen med de tilhørende *ba* fungert, like bra som jeg hadde trodd, som et redskap for å beskrive hvordan kunnskapsdelingen mellom sykepleierne foregår i praksis. Dette kan tenkes er fordi IKT-systemer er i større grad en selvfølgelighet på arbeidsplassen i dag, enn i 1995 da modellen ble utviklet. Den fanger i mindre grad opp utfordringer med og rundt teknologien og det tekniske aspektet ved dagens arbeidsplasser.

Videre ønsket jeg å se hvordan IKT-systemer har innvirkninger på kunnskapsdelingen, noe som ikke direkte blir tatt i opp i SEKI-modellen. Hadde studien supplert med en teori som har større fokus på teknologiens betydning for kunnskapsdeling kunne det ha styrket mitt siste forskningsspørsmål som omhandler akkurat dette.

Denne studien inneholder noen begrensninger, slik jeg også var inne på i metodekapitlet. Med tanke på tidsaspektet og omfang har dette muligens bidratt til at forarbeid, som innhenting av teori, utarbeidelsen av intervjuguide og innsamling av data kan ha noen svakheter. Jeg har benyttet meg av fem informanter gjennom datainnsamlingen som jeg følte jeg fikk dyptpløyende beskrivelser rundt de ulike temaene og spørsmålene som ble stilt. Som en casestudie tilsier har jeg undersøkt et fenomen i en naturlig setting hvor kunnskapsdeling ikke kommer tydelig frem i konteksten (Yin, 2014).

Når jeg analyserte så jeg at jeg kunne stilt flere oppfølgingsspørsmål som ville gjort at jeg fikk en dypere forståelse på hvordan fagmøtene og de lange vaktbyttene fungerer i praksis, som ville gjort diskusjonen rundt det fysiske *ba* enda mer interessant. Men på bakgrunn av at jeg har diskutert og konkludert rundt temaet kunnskapsdeling mellom profesjoner, ville det gått utover andre momenter på grunn av oppgavens omfang. Jeg har gjennom studien kun fokusert på sykepleiere, men på et sykehjem er det mange ulike stillingstyper, hvor kunnskap i organisasjonen ikke bare er forbeholdt profesjonene.

Et mulig usikkermoment mener jeg kan være operasjonaliseringen av kunnskapsbegrepet. Selv om jeg forsøkte i intervjuguiden å skille mellom informasjon og kunnskap for informantenes del, var det i utgangspunktet for min studie å kombinere både faktakunnskaper, informasjon og

det «å vite hvordan». Å undersøke kunnskap, som taus kunnskap, var vanskelig da den ofte er skjult for informantene også.

Selv om det var ulike usikkerhetsmomenter og begrensninger ved oppgaven, anser jeg forskningsprosessen som svært verdifull, både for erfaringens del, men også for egne refleksjoner rundt kunnskapsdeling og viktigheten av å ha gode systemer for at det skal muliggjøres, både bevisst og ubevisst. Som nevnt innledningsvis i oppgaven er målet med kunnskapsdeling å tilegne seg ny kunnskap, utnytte eksisterende kunnskap og utvikle ny kunnskap og jeg føler jeg har løftet mitt og informantenes blikk om viktigheten av å samhandle og dele med hverandre, både ved hjelp av prosessene i SEKI-modellen og teorien om *ba*. Å bli mer bevisst over hvordan man kan dele kunnskap og hvilke mulige steder, både fysiske og virtuelle for hvor kunnskapsdeling kan foregå er viktig for å opprettholde sykepleiernes ekspertise og kunnskap.

Litteraturliste

- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier – forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. (2. utg., 1. oppl). Oslo: Fagbokforlaget
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive methodology : new vistas for qualitative research* (2. utg). London: Sage.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C. & Bjørk I.T. (2016) The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27-37 doi:10.1177/0107408315601814
- Braun V. & Clarke V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. Hentet fra: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cook, S. D., & Brown, J. S. (1999). Bridging epistemologies: The generative dance between organizational knowledge and organizational knowing. *Organization Science*, 10(4), 381-400. Hentet fra: <https://doi.org/10.1287/orsc.10.4.381>
- Elgsaas, K., Borg, K., Forfang, K. & Aabø, B. (2015, 25. juni). Skal Oslo ha god eldreomsorg kun for de som betale for den selv?. *Aftenposten*. Hentet fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/kmBA/Skal-Oslo-ha-god-eldreomsorg-kun-for-de-som-kan-betale-for-den-selv>
- Enehaug, H., Svare, H., Klethagen, P., Anderson-Glenna, M., Terjesen, H. C. A., Fatnes, A. M. (2015). *Kunnskapsdeling i travelhetens tid* (AFI Rapport 2015/10). Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI/Publikasjoner-AFI/Kunnskapsdeling-i-travelhetens-tid>
- Essers, J. & Schreinemakers, J. (1997) Nonaka's Subjectivist Conception of Knowledge in Corporate Knowledge Management. I *Knowledge Organization*, 24(1), 24-32. Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/292546090_Nonaka%27s_Subjectivist_Conception_of_Knowledge_in_Corporate_Knowledge_Management
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring : fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Filstad, C. (2014, 23. september) Hvordan lykkes med kunnskapsdeling. *Dagens perspektiv*. Hentet fra: <https://www.dagensperspektiv.no/synspunkt/cathrine-filstad/hvordan-lykkes-med-kunnskapsdeling>
- Gjevjon, E. R., Skaalvik, M. W. & Kjøstvedt, H. (2011). Sykepleievitenskap – Avgjørende for utvikling av helse- og omsorgstjenestene. *Nordisk sykeplejeforskning*, 1(03), 171-172. Hentet fra: <https://www.idunn.no/nsf/2011/03/art06?mostRead=true>
- Gourlay, S. (2003) The SECI model of knowledge creation: some empirical shortcomings. In: *4th European Conference on Knowledge Management*; 18-19 Sep 2003, Oxford, England. Hentet fra: <http://myweb.tiscali.co.uk/sngourlay/PDFs/Gourlay%202004%20SECI.pdf>
- Gourlay, S. (2006). Conceptualizing Knowledge Creation: A Critique of Nonaka's Theory*. *Journal of Management Studies*, 43(7), 1415-1436. doi:10.1111/j.1467-6486.2006.00637.x
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2004). *Feltmetodikk: grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018) *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 2017-2018) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>

- Hjardemaal, F. (2011). Vitenskapsteori. I T. A. Kleven (red.), *Innføring i pedagogisk forskningsmetode : en hjelp til kritisk tolking og vurdering*. Oslo: Unipub.
- Høie, B. (2017, 3. mars). Jeg er redd for å bli gammel!. *Dagbladet*. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/jeg-er-redd-for-a-bli-gammel/67365640>
- Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon : å arbeide som profesjonsutdannet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jensen, K., Lahn, L. C., & Nerland, M. (2012). Introduction - Professional learning in new knowledge landscapes: A cultural perspective. I K. Jensen, L. C. Lahn, & M. Nerland (red.), *Professional learning in the knowledge society* (Vol. 6): Springer Science & Business Media.
- Kleven, T. A. (red.) (2011). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode : en hjelp til kritisk tolking og vurdering*. Oslo Unipub.
- Krogh, G. v., Nonaka, I., & Ichijo, K. (2001). *Slik skapes kunnskap : hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner*. Oslo: NKS forlaget
- Kunnskapsdepartementet. (2004). *Kultur for læring*. (Meld. St. nr 30 (2003-2004)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-030-2003-2004-/id404433/sec1>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 3. oppl). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvernbekk, T. (2002). Vitenskapsteoretiske perspektiver. I T. Lund (red.), *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Latour, B. (1992), Where are the missing masses, sociology of a few mundane artefacts, In W. Bijker & J. Law (Eds.), *Shaping Technology-Building Society. Studies in Sociotechnical Change* (pp. 225-259) MIT Press: Cambridge Mass
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*: Cambridge university press.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier: en introduksjon, I Molander, A. & Terum, L., I. (red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget
- Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H., & Swan, J. (2009). *Managing knowledge work and innovation*. Palgrave Macmillan.
- Noe, R. A., Clarke, A. D. M., & Klein, H. J. (2014). Learning in the Twenty-First-Century Workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1(1), 245-275. doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413-091321
- Nonaka, I. & Konno, N. (1998). The concept of 'Ba': building a foundation for knowledge creation. *California Management Review*. 40, 40–54. Hentet fra: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2307/41165942>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company : how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press.
- Nonaka, I., Toyama, R., & Konno, N. (2000). SECI, Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. *Long Range Planning*, 33(1), 5-34. doi:[https://doi.org/10.1016/S0024-6301\(99\)00115-6](https://doi.org/10.1016/S0024-6301(99)00115-6)
- Orlikowski, W. J. (2002). Knowing in Practice: Enacting a Collective Capability in Distributed Organizing. *Organization Science*, 13(3), 249-273. doi:10.1287/orsc.13.3.249.2776
- Simons, P. R.-J., & Ruijters, M. C. P. (2014). The Real Professional is a Learning Professional. I S. Billett, C. Harteis, & H. Gruber (Red.), *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning* (s. 955-985). Dordrecht: Springer Netherlands.

- Skjøstad, O. (2017). Økt behov for sykepleiere i årene som kommer. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/okt-behov-for-sykepleiere-i-arene-som-kommer>
- Solbrekke, T. D., & Englund, T. (2011). Bringing professional responsibility back in. *Studies in Higher Education*, 36(7), 847-861. doi:10.1080/03075079.2010.482205
- Stortinget (2018, 7. mai) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=70988>
- Styhre, A. (2011). *Knowledge sharing in professions : roles and identity in expert communities*. Farnham: Gower.
- Tashiro, J., Shimpuku, Y., Naruse, K., Matsutani, Mi., Matsutani, M. (2013) Concept analysis of reflection in nursing professional development. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 170-179. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00222.x
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Tsoukas, H. (2002). *Do We Really Understand Tacit Knowledge?* Hentet fra: https://www.researchgate.net/publication/2528222_Do_We_Really_Understand_Tacit_Knowledge
- Yin, R. (2014). *Case Study Research : Design and Methods*. (5. utg.). USA: Sage Publications, Inc

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring/informasjonskriv

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD (Norsk senter for forskningsdata)

Vedlegg 1: Intervjuguide

Først: informere om tema og formålet med studien. Informere om personvern og frivillig deltakelse. Husk: underskrift på samtykkeskjema.

Bakgrunnsinformasjon:

1. Hva heter du?
2. Hvor lenge har du jobbet som sykepleier?
3. Hvorfor valgte du å bli sykepleier?
4. Har du annen faglig bakgrunn i tillegg til sykepleier?
 - a. Hvis ja, hva slags?
5. Hvor lenge har du jobbet på dette sykehjemmet?
 - a. Trives du på jobben?
 - b. Er det krevende eller utfordrende til tider?
6. Har dere et felles mål eller en felles visjon du ønsker å bidra til?

Arbeidsdagen:

1. Hvordan ser en typisk arbeidsdag ser ut for deg?
2. Jobber du alltid på samme avdeling?
 - a. Hva syns du om det?
3. Hvilke arbeidsoppgaver har du som en ikke-sykepleier har?
4. Er det noen utfordringer på jobben i dag?
 - a. Hvis ja – har du et eksempel?
5. Er turnusen din slik at du møter alle sykepleierne i løpet av et par dager?
6. Har dere rutiner for medisiner?
 - a. Hvordan kvalitetssikrer dere at beboerne får riktig medisin?

Kunnskapsdeling:

1. Når følte du deg trygg i jobben og på arbeidsplassen?
2. Er det noen ganger du føler du trenger mer erfaring eller kunnskap?
 - a. Når jeg snakker om kunnskap her, mener jeg for mer yrkesbasert kunnskap, for eksempel kunnskap om bivirkninger på medisin.
 - b. Har du et eksempel på dette?
3. Har du noen steder hvor du henter eller får ny informasjon i dag?

- a. For eksempel email, pasientjournalen, nettsider?
4. Forsøker du å dele erfaringer du har gjort med andre sykepleiere?
 - a. Syns du det er vanskelig å forklare det? Eller viser du samtidig?
5. Kan du beskrive så detaljert som mulig en situasjon hvor du erfarte noe nytt og lærte av dette?
 - a. For eksempel når jeg observerte en sykepleier sette på en uridom, klarte jeg det selv neste gang.
 - b. Reflekterte du over dette alene eller sammen med andre sykepleiere?
6. Føler du at vaktskifte er en god arena for deling av kunnskap og erfaringer?
 - a. Hva med i lunsjpausen?
 - b. Hva med under stell hvis dere er to?
7. Har du noen gang opplevd at viktig informasjon har blitt glemt å bli videreformidlet?
 - a. For eksempel når pårørende kommer for å hente en beboer til bursdagsselskap også er han eller hun ikke klar til å bli hentet?
8. Føler du at deling av kunnskap er viktig i arbeidshverdagen din?
9. Kan du se for deg noen konsekvenser hvis man ikke klarer å dele kunnskap ved din arbeidsplass?
10. Er det noen utfordringer relatert til fagspråk blant sykepleiere på jobben?
 - a. Hvis ja: hvordan da?
 - b. Hender det du noen ganger ikke skjønner hva de andre snakker om?
11. Opplever du noen ganger at det er vanskelig å forklare eller beskrive faglig relaterte erfaringer til de andre sykepleierne på avdelingen?
12. Føler du deg avhengig av de andre sykepleierne, både med tanke på innhenting av ny kunnskap og generelt under arbeidsdagen?
13. Hvordan er arbeidsmiljøet på jobben?
14. Hvor viktig mener du tillit er på jobben?
 - a. Tror du tillit har mye å si for å skape og dele kunnskap?
 - b. Ja/nei: hvorfor tror du det?
15. Kan du fortelle meg om en situasjon der det har gått skikkelig galt eller dårlig på jobben. Hva skjedde, hvordan og hvorfor skjedde det?

Profesjon:

1. Hvordan følte du deg når du var ferdig utdannet sykepleier?

- a. Følte du deg klar til å ta på deg ansvaret det innebærer å være sykepleier?
 - b. Følte du på det at du var nyutdannet?
2. Husker du noen spesielle utfordringer du hadde når du startet å jobbe som sykepleier?
3. Var det et ønske om å bruke din erfarte kunnskap i jobben?
 - a. Er det et ønske?
4. Hvilke oppgaver får du tildelt og hvilke bestemmer du selv at du skal gjøre?
 - a. F.eks skyllerom, baking osv.

Teknologi:

1. Gjennom sykepleierstudiet fikk du kunnskap om de teknologiske verktøyene du bruker i arbeidet i dag?
2. Hva slags opplæring fikk du når du startet å jobbe her?
 - a. I still eller med teknologiske verktøy?
3. Tok det lang tid å sette seg inn i pasientportalen?
4. Anser du pasientportalen som et viktig redskap i din jobb?
 - a. Ja/nei: på hvilken måte mener du?
5. Hvordan syns du «stillerapport» fungerer i praksis?
 - a. Stoler du 100% på at viktig informasjon om beboer blir lagret der til neste sykepleier?
6. Hvordan føler du de teknologiske verktøyene påvirker din arbeidsdag?
7. Føler du at dokumentering på pasientjournalen går utover tiden man kan prate fag med andre sykepleiere?
 - a. Ofte tenker jeg selv at går for mye tid til dokumentasjon ...
8. Har du opplevd problemer med pasientalarmene siden det ble nytt?
 - a. Hvordan påvirket eller påvirker det din arbeidsdag?

Er det noe vi ikke har snakket om nå, som du føler jeg burde vite?

Er det ok om jeg tar kontakt senere hvis det er noe jeg lurer på?

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Kunnskapsdeling mellom sykepleiere ”

Bakgrunn og formål

I dette studiet ønsker jeg å se på hvordan kunnskap deles mellom sykepleiere i en avdeling på et sykehjem. Jeg ønsker også å se på hvilken måte de teknologiske verktøyene påvirker kunnskapsdelingen og på hvilke arenaer kunnskapsdeling skjer. Prosjektet er en masteroppgave, ved Institutt for pedagogikk på Universitetet i Oslo.

Bakgrunnen for at jeg ønsker å forske på dette er fordi jeg er interessert i hvordan profesjonsutdannede deler og skaper kunnskap på jobben og hvor det eventuelt skjer i løpet av arbeidsdagen. Jeg spør deg om du vil delta fordi du er utdannet sykepleier og jobber på et sykehjem med flere sykepleiere.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer at jeg vil observere deltagerens arbeidshverdag, ca seks timer (gange to). Deretter ønsker jeg et semistrukturert intervju med tre-fire sykepleiere som varer i ca 60 minutter per intervju. Det vil ikke innhentes noe annen informasjon om deltagerne utenom intervjuet.

Spørsmålene vil først omhandle litt bakgrunnsinformasjon om hvor lenge du har jobbet som sykepleier og hvorfor du valgte sykepleierstudiet. Deretter vil det være spørsmål relatert til kunnskap, kunnskapsdeling, arbeidsdagen, profesjonen sykepleier, og teknologiske verktøy.

Dataene og informasjonen fra deltagere vil registreres ved lydopptak av intervjueren.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personene som vil ha tilgang til personopplysninger om de utvalgte er kun veileder og studenten. Opptak fra intervjuene vil bli lagret adskilt fra øvrig datamateriale for å ivareta konfidensialitet. Både lydopptak og datamaskin er beskyttet med personlig kode og fingeravtrykksgjenkjenning.

Deltakerne i dette studiet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen siden arbeidssted og deltagere i prosjektet blir anonymisert, hvor det vil bli brukt fiktive navn.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2018. Da vil datamateriale anonymiseres og lydopptak slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med veileder Hans Christian Arnseth (*****) eller Anne Thon Hjersing (*****)).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Hans Christian Arnseth
Postboks 1092 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 21.02.2018

Vår ref: 58630 / 2 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 23.01.2018 for prosjektet:

<i>58630</i>	<i>Kunnskapsdeling mellom sykepleiere på et sykehjem</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hans Christian Arnseth</i>
<i>Student</i>	<i>Anne Thon Hjersing</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 01.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dag Kiberg

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf. 55 58 23 07 / audun.lovlie@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anne Thon Hjersing, anne_hjersing@hotmail.com