



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi

Kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester

- Hvilke faktorer kan påvirke helsepersonells deltagelse i kompetansehevende tiltak?

Marion Pedersen og Hanne Malme

Masteroppgave i BED-3906 Ledelse - Mai 2020

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av oppgave.....	1
1.2	Problemstilling og avgrensning	4
2	Teori.....	5
2.1	Kompetanse	5
2.1.1	Kompetanseutvikling.....	7
2.1.2	Kompetansehevede tiltak og ulike læringsmetoder	8
2.1.3	Deltagelse i kompetansehevede tiltak	10
2.2	Ledelse	11
2.2.1	Ledelse i helse- og omsorgssektoren.....	12
2.2.2	Lederens rolle og ansvar.....	14
2.2.3	Lederstøtte	16
2.3	Profesjonsetikk	18
2.4	Motivasjon	19
2.4.1	Motivasjonsteori.....	21
2.5	Presentasjon av hypoteser	24
3	Metode	29
3.1	Forskningsdesign	30
3.2	Valg av metode.....	31
3.3	Utvalg.....	32
3.4	Innsamling av data i spørreskjema.....	32
3.5	Bearbeiding og analyse	34
3.6	Vurdering av reliabilitet og validitet.....	35
3.7	Forskningsetiske betraktninger.....	36
4	Presentasjon av funn	39
4.1	Analyse av funn	39

4.2	Hypotese 1	40
4.3	Hypotese 2	42
4.4	Hypotese 3	44
4.5	Hypotese 4	46
4.6	Hypotese 5	47
4.7	Hypotese 6	48
4.8	Hypotese 7	50
4.9	Oppsummering av hypotesene.....	52
5	Analyse og diskusjon	55
5.1	Motivasjonsfaktorer for kompetanseutvikling.....	55
5.2	Ønsker ansatte at leder styrer kompetanseutviklingen?	57
5.3	Lederstøtte ved kompetanseutvikling	58
6	Konklusjon og avslutning	61
6.1	Konklusjon	61
6.2	Praktiske implikasjoner	62
6.3	Avslutning	63

Forord

De tre siste årene har vært både krevende og spennende. Å studere i voksen alder og samtidig ivareta en fulltids jobb har til tider vært en balansekunst.

Tiden som studenter ved UIT campus Harstad har gitt oss mye ny kunnskap og vi har utvidet vårt nettverk med nye bekjenskaper. Det har vært et utrolig inspirerende miljø i klassen og læringsutbyttet i de uformelle sammenhenger har også gitt oss mye.

Vi vil rette en spesiell takk til vår veileder, Baard Herman Borge, som har loset oss tålmodig gjennom arbeidet med masteroppgaven. Med sin kunnskap og sin lune humor har du gitt oss konstruktive tilbakemeldinger og vært en god støttespiller hele veien.

Vi som har skrevet denne oppgaven sammen vil også takke hverandre for innsatsen. Det har vært godt å ha noen å diskutere med, lufte tanker og ideer og ikke minst å hjelpe hverandre med å holde fokus. Samarbeidet har gått over all forventning!

Evenes - Håkvik 31.mai 2020

Marion Pedersen og Hanne Malme

Sammendrag

Formålet med studien er å avdekke forhold som kan påvirke ansattes motivasjon til å delta i kompetansehevende tiltak. I hovedsak tar vi for oss faktorer som lederstøtte og i hvilken grad leder som pådriver gir effekt på medarbeidernes motivasjon til fagutvikling. Vi ser på utdanningsnivå og hva som påvirker motivasjonen til ansatte med høy utdanning i forhold til de som har lavere eller ingen utdanning. Som en følge av at det er en utstrakt bruk av vikarer i helse- og omsorgstjenesten har vi også tatt med ansettelsesforhold som en variabel. Vi har samlet inn data i en survey hos ansatte i kommunal helse- og omsorgstjenester i flere kommuner av ulik størrelse. Data ble bearbeidet og analysert ved hjelp av syv hypoteser.

Oppgaven er et kvantitativt studie der vi har sett på faktorer som utdanningsbakgrunn og ansettelsesforhold og sammenlignet med faktorer som motivasjon, egeninnsats og opplevd støtte fra leder i forbindelse med kompetansehevende tiltak.

Resultatet viser at behovet for lederstøtte har mindre betydning enn antatt, det vil si at leder som pådriver ikke har den effekten vi hadde forutsett. Det er imidlertid flere faktorer som spiller inn på dette resultatet. Blant annet kan man tenke seg at behovet for leders innblanding varierer avhengig av ansattes egenmotivasjon. For noen er det tilstrekkelig med at forhold legges til rette slik at den ansatte får tid og rom til fagutvikling, mens andre trenger mye støtte fra leder i tillegg til praktisk tilrettelegging.

Nøkkelord: Kompetanseutvikling, lederstøtte, motivasjon.

1 Innledning

I dette kapitlet tar vi for oss oppgavens bakgrunn og formål. Deretter ser vi på problemstilling og avgrensninger av den.

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Vår oppgave omhandler kompetanseutvikling blant ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Og noen faktorer som kan spille inn på motivasjonen til å delta i kompetansehevende tiltak hos den enkelte medarbeider.

Målet med undersøkelsen er å se på sammenhengen mellom ansattes motivasjon til å gjennomføre kompetansehevende tiltak og deres opplevelse av lederstøtte. I tillegg ser vi på om utdanningsnivå har noe å si for hvem som ønsker å utvikle seg faglig. Vi har valgt å rette vår undersøkelse mot medarbeidere i kommunal helse- og omsorgstjeneste i flere kommuner. Det vil si at vi har spurt både sykepleiere/vernepleiere, fagarbeidere og assistenter i tjenester for utviklingshemmede, sykehjem og hjemmetjeneste

Kravet til kommunen om å levere forsvarlige helsetjenester er forankret i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. For å innfri dette stilles det blant annet krav til at kommunen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Hva som er tilstrekkelig fagkompetanse varierer kontinuerlig. På den ene siden handler det om tjenestestedenes samlede kompetansebeholdning og på den andre siden er det behovene i tjenestene som avgjør om en tjeneste har tilstrekkelig fagkompetanse. Begge disse to faktorene endres kontinuerlig. Ansatte begynner og slutter, det kan ha stor betydning for den totale kompetansebeholdningen i en tjeneste. Den samlede fagkompetansen i hver enkelt tjeneste skal dekke behov som er i stadig endring. Dermed er kompetanseheving ikke noe man blir ferdig med, det er en kontinuerlig prosess. Vi som har vært både ansatte og ledere i kommunal sektor har vært vitner til hvordan helsevesenet har forandret seg.

Arbeidshverdagen er blitt mer krevende og oppgavene mer komplekse. Det er stadig flere eldre i samfunnet og vi vet samtidig at andelen eldre vil øke i enda større grad i årene

fremover. Enten de eldre bor i bolig, i institusjon eller hjemme vil det i større grad kreves medisinsk oppfølging enn tidligere. Samhandlingsreformen som ble innført i 1. januar 2012 har endret ansvaret for pasientoppfølging radikalt innenfor helsesektoren. Tilstander som før krevde innleggelse, behandles nå i kommunen. For bare noen få år siden lå syke pasienter lengre på sykehuset, nå er antall liggedøgn i sykehus kraftig redusert. Denne samfunnsutviklingen har medført et høyt krav til kompetanse hos yrkesutøverne i helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Kompetanseutvikling er ikke bare en nødvendighet for at arbeidsplassen skal være i stand til å ivareta sine oppgaver, det er også viktig for den enkelte medarbeider. Det er også lovbestemt at det skal legges til rette for at de ansatte skal kunne utvikle seg både faglig og personlig (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-2). Krav til kompetanseutvikling er altså et behov fra arbeidsgivers side, samtidig som det er en rettighet fra arbeidstakersiden. Det er også godt dokumentert at arbeidstakere ikke bare har krav på å utvikle seg faglig, men at de også har behov for det (Skogstad, 2000, s. 18). Skogstad viser til et prosjekt fra 1960- tallet hvor Thorsrud og Emery utviklet *Psykologiske jobbkrav* som fikk betydning for vår forståelse av ansattes behov for å oppleve arbeid som meningsfylt. Et av disse jobbkravene beskriver medarbeidernes behov for å lære i jobben. Dette kjenner vi også igjen i Maslows behovsteori (Skogstad & Einarsen, 2000, s. 18). Behov for å utvikle seg faglig kan for noen være en mental prosess som kan være vanskelig å finne ut av. For noen kan opplevelsen av å mangle motivasjon handle om et udekket behov for utvikling. Det kan dermed være nyttig å finne ut om det er spesielle grupper av ansatte som har større eller mindre behov for kompetanseutvikling.

Med kompetanseulikhets jernlov forklarer Nordhaug (2004, s. 328) den skjevfordelingen som oppstår når de som allerede har høy kompetanse er de samme som ønsker å delta i kompetansehevede tiltak. Denne tendensen finner vi også argumenter for i en artikkel i Samfunnsspeilet, som var det tidligere navnet på SSB Analyse, et tidsskrift utgitt av SSB (Statistisk Sentralbyrå) I en utgave fra 2005 har Heidi Engesbak og Liv Finbak publisert en artikkel som viser til en undersøkelse om deltagelse i etter- og videreutdanning i Norge. Artikkelen heter *Mye vil ha mer - om etter- og videreutdanning* og er representativ for vår undersøkelse hvor vi tar utgangspunkt i at de som allerede har høyest utdanning velger enda

mer. Denne undersøkelsen gjelder arbeidslivet i Norge generelt og er ikke spesielt rettet mot helsevesenet.

Det vil i praksis si at sykepleiere og vernepleiere, som i utgangspunktet har høyest kompetanse, vil være de som i størst grad ønsker å investere i mer kompetanse. Gitt at dette også gjelder kommuner vi har undersøkt, vil det bli en viktig lederoppgave å ha fokus på en strategi som tar sikte på å finne tiltak for å motivere både fagarbeidere og ufaglærte til å utvikle seg faglig.

Det er også individuelle forskjeller når det gjelder motivasjon for behovet for kompetanseutvikling (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 113). Hvis vi også legger dette til grunn forsterker dette behovet for en leder som er villig til å utforske behovet hos den enkelte ansatt og gi den støtte som kreves for å øke deres motivasjon til å delta i kompetansehevede tiltak.

Grunnen til at vi har valgt å utforske kompetanseutvikling i primærhelsetjenesten er at vi har erfart at man kanskje ikke har lyktes helt med dagens praksis overalt. Vi ble tidlig nysgjerrig på temaet fordi kompetanseutvikling er så viktig for tjenestene, og er et område det snakkes mye om. Det er ofte tema i personalmøter. Og vi ser på resultater fra medarbeiderundersøkelser som har vært gjort at ansatte etterspør muligheter til faglig utvikling. Også i medarbeidersamtaler er kompetanseutvikling et sentralt tema. Det snakkes om kompetanse og det etterspørres tiltak som kan heve kompetansen. Samtidig erfarer vi at ansatte resignerer når det oppfordres til fagutvikling. De opplever det vanskelig å gjennomføre kompetanseheving i en hektisk arbeidshverdag. I motsetning til dette har vi også erfart at enkelte ansatte har sterke ønsker å delta på kurs og utdanninger. Noen får aldri nok og gjennomfører ulike tiltak.

Når nye stillinger lyses ut, ser vi ofte i utlysningstekster at arbeidsgiver lover mulighet for faglig utvikling. Rekruttering handler om å tiltrekke seg søkere til en stilling (Grimsbø, 2011, s. 157). Nettopp det å være attraktiv for søkere vil bli mer og mer viktig fremover, da det vil være mangel på helsepersonell i forhold til behovet.

Altså er kompetanseutvikling ansett som viktig både for arbeidstaker og for arbeidsgiver. Vi opplever at de ansatte verdsetter muligheter til å utvikle seg faglig. Samtidig ser vi tendenser

til lavt engasjement når kompetansehevede tiltak skal iverksettes. Når vi nå har valgt å se nærmere på hvordan kompetanseutvikling foregår i kommunehelsetjenesten er det fordi vi ønsker å finne ut om det er forskjeller på de ulike yrkesgruppene hvorvidt de velger å delta på kompetansehevede tiltak. I tjenestene vi har undersøkt er det ansatte på ulike utdanningsnivåer. Utdanningsnivået spenner seg fra ansatte med mastergrad til ufaglærte. Det er både sykepleiere, vernepleiere, fagarbeidere, omsorgsarbeidere og assistenter uten formell utdanning som arbeider i de ulike tjenestene.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen vi har utarbeidet tar utgangspunkt i noen få elementer som kan ha betydning for kommunale helse- og omsorgstjenester og ansattes motivasjonen til å delta i kompetansehevede tiltak. Fokus i studien vil være å besvare følgende problemstilling:

Hvilke faktorer kan påvirke helsepersonells deltagelse i kompetansehevede tiltak?

For å undersøke dette har vi endt opp med syv hypoteser som vi enten skal bekrefte eller avkrefte. Området vi har valgt å studere er stort og mangfoldig, men vi tar først og fremst utgangspunkt i relasjonen mellom medarbeider og leder når vi undersøker ansattes behov for lederstøtte i sammenheng med fagutvikling.

Det er mange flere områder som kunne vært interessant å belyse, men som ikke får plass i vår studie. Blant annet sier vi ikke noe om kompetansomobilisering. Det er et tema som krever en egen studie, vi har ikke valgt det bort fordi vi ikke anser det som viktig. Vi vil komme litt inn på leders rolle, men heller ikke her har vi plass til å belyse faktorer som lederatferd, som kan være svært viktig å se i sammenheng med motivasjon.

2 Teori

I dette kapitlet vil vi presentere det teoretiske grunnlaget for denne studien. Det vil vi gjøre ved å starte med en redegjørelse for de mest sentrale begrepene i oppgaven vår.

Kompetansebegrepet er det vi først vil utdype, videre ser vi nærmere på kompetanseutvikling og ulike former for læring og hva som kan påvirke individet til å utvikle seg faglig. Vi vil så se på dimensjoner innenfor ledelse som vi antar har sammenheng med motivasjonen for å delta i kompetansehevende tiltak. Til slutt i kapitlet vil vi presentere hypotesene vi har utarbeidet.

2.1 Kompetanse

Nordhaug (2004 s. 28) beskriver kompetanse som både kunnskap, ferdigheter og evner. Kompetanse, eller det å være kompetent rettes mot det å være i stand til å løse de oppgaver som kreves. For å operasjonalisere begrepet tar vi med Skau sin forståelse av kompetansebegrepet. Skau refererer til den historiske oppfattelsen av kompetansebegrepet, hvor den latinske opprinnelsen var *competentia*, som omfattet hvorvidt en domstol eller offentlig organ hadde myndighet til å fatte beslutninger. Begrepets betydning har endret seg fra å omhandle myndighetsområder til å beskrive nødvendige kvalifikasjoner for å utføre konkrete oppgaver (Skau, 2011, s. 57). I helsevesenet knyttes ofte kompetansebegrepet opp mot kvalifikasjoner. De ulike faggruppene kvalifiseres gjennom sin utdanning til å kunne utføre visse oppgaver og prosedyrer. Skau mener det er nødvendig med en mer personlig vinkling. Hun beskriver kompetanse som en samling av teoretisk kompetanse, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. I kunnskapselementet inngår teoretisk kunnskap, hvor hun nevner fagkunnskap om alt som kan være relevant i arbeidet med mennesker. Hun påpeker også at teoretisk kunnskap er det området hvor det er størst behov for fornying (Skau, 2011, s 59). De yrkesspesifikke ferdigheter er det som er spesielt for profesjonen, hvordan man utøver faget. Det kan være arbeidsmetoder eller praktiske ferdigheter, som å håndtere en teknisk prosedyre eller kunnskap om medisinadministrasjon.

Linda Lai har delt begrepet kompetanse inn i fire ulike komponenter som er kunnskaper, holdninger, evner og ferdigheter. Kunnskap handler om lærdom, innsikt, eller kort forklart å kunne noe. Det kan være kunnskap om å utføre praktiske oppgaver (prosedyrisk kunnskap) eller medarbeiderens evne til å forstå sammenhenger eller årsaksforklaringer (kausal

kunnskap) (Lai, 2013, s. 47). I helsesektoren er taus kunnskap et kjent begrep, men likevel vanskelig å definere. Denne form for kunnskap er basert på erfaringer og refleksjon, i motsetning til annen type kunnskap som gjerne er tilegnet mer eksplisitt (Lai, 2013, s. 47). Taus kunnskap vet man kanskje ikke en gang at man har selv. Det kan være at man tar noe for gitt, man vet ikke hvor man har lært det. Det kan oppfattes som diffust og dermed vanskelig å overføre til andre. Det er heller ikke en type kunnskap man kan spre via kurs eller konkret opplæring. I sykepleierutdanningen var det mye snakk om taus kunnskap, det ga et inntrykk av at det er en viktig del av det å være kompetent sykepleier.

Ferdigheter er det andre elementet som inngår i Lais beskrivelse av kompetansebegrepet. Det er knyttet opp mot ferdigheter til å løse oppgaver og utføre praktiske handlinger. Lai påpeker at dette er en viktig komponent i kompetansebegrepet fordi den har sterk forbindelse med atferd (Lai, 2013, s. 49). Evner er den tredje komponenten, som er den delen av kompetansebegrepet som representerer det de mer grunnleggende egenskaper i mennesker. Evner er mer knyttet opp mot personlighet enn de andre komponentene (Lai, 2013, s.50). Å ha fokus på medarbeidernes evner i sammenheng med kompetanseutvikling er hensiktsmessig selv om en ikke kan utvikle evner på samme måte som kunnskap og ferdigheter. Hvilke evner en medarbeider har kan ha mye å si i spesielt krevende situasjoner.

Det siste elementet som inngår i kompetansebegrepet er holdninger. Holdninger er et element som Linda Lai har lagt til i sin definisjon på kompetansebegrepet. Holdninger er spesielt viktige i helsevesenet og har stor betydning for hvorvidt en person er kompetent, fordi holdninger påvirker hvordan man tilnærmer seg arbeidsoppgaver (Lai, 2013, s. 51). Det er ikke tilstrekkelig å inneha de tre nevnte komponenter dersom en ikke har gode holdninger. For å utøve gode tjenester må pasienter og pårørende behandles med respekt av medarbeidere som har et positivt menneskesyn. Alle disse faktorene er individuelle. Mens egenskaper er en mer stabil faktor ansees ferdigheter og kunnskap som mer dynamiske og som skaper behov for endring (Kuvaas & Dysvik, 2012, s. 85). På den måten kan man si at kompetansebeholdningen i en helsetjeneste er ferskvare. Den er gyldig helt til behovet endres eller den må utvikles fordi ny kunnskap kommer til.

Som vi ser så er kompetansebegrepet vidt og med ulike vinklinger innenfor samme tema. Felles for de begrep vi har nevnt er at kompetanse handler om å være i stand til å utføre de

arbeidsoppgaver som kreves. Videre i oppgaven vil vi forsøke å beskrive nærmere hva kompetanseutvikling er.

2.1.1 Kompetanseutvikling

Kompetanseutvikling betegnes ofte som fagutvikling på arbeidsplassen. Det dreier seg enten om å oppfylle et individuelt behov for utvikling hos den enkelte ansatte, eller for å etterkomme arbeidsplassens behov for ny eller oppdatert kunnskap innenfor et område. Kompetanse kan en organisasjon utvikle enten ved å ansette personer som innehar den ønskede kompetanse eller ved å utvikle de ansatte en allerede har.

Både Lai (2013) og Nordhaug (2002) definerer kompetanseutvikling som tiltak for å øke læring i organisasjonen. Odd Nordhaug legger til at kompetanseutvikling også er rettet mot uformell læring, altså den utvikling som skjer ved å utføre selve arbeidet (Nordhaug, 2002, s.160). Linda Lai utvider begrepet ytterligere ved å definere kompetanseutvikling som en prosess som ikke bare handler om læring, men om «*valg mellom, konkret utforming og gjennomføring av helhetlige tiltak*» for å dekke behov for læring (Lai, 2013, s. 117).

Helse- og omsorgstjenesten er også i konstant endring og utvikling. Dette stiller krav til at alle som arbeider i tjenestene er oppdatert faglig til en hver tid. Et annet moment er at fagområdet i helsevesenet er så stort at det vil ikke være mulig for en tjeneste å ha fullverdig kompetanse innenfor alle felt. Det er derfor helt nødvendig å utvikle kompetansen etter de behov som dukker opp. Det kan dreie seg om spesielle diagnoser som krever spesielle prosedyrer eller prosedyrer som det er lenge siden personalet har utført disse og dermed trenger oppfriskning av kunnskap. Det kan også være prosedyrer som personalet aldri har utført og må få opplæring i.

Kompetanseutvikling henger sammen med læring. Læring tar utgangspunkt i erfaring og beskrives som en mer varig tilegnelse av kunnskap og ferdigheter (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s.186). Målet med å tilby ansatte kompetanseutvikling er nettopp at det skal føre til en endring hos ansatte ved at de står sterkere faglig. Og at de har mulighet til å utøve faget på en trygg og sikker måte fordi de innehar tilstrekkelig kompetanse.

Det er ulike måter å beskrive læringsprosesser på. Nordhaug har delt læring inn i to hovedkategorier; passiv og aktiv læring. Videre deler han aktiv læring inn i uformell og formell form for læring (Nordhaug, 2004, s. 41).

Den formelle læring er mer planlagt og kan være typiske tiltak som kurs eller utdanning, mens uformell læring er det som skjer i det daglige uten at man nødvendigvis er bevisst at det skjer læring (Moxnes 1971 i Lai, 2013, s.123). Når vi videre diskuterer kompetansehevende tiltak er det altså formell læring som er målet. Det betyr ikke at vi anser uformell læring som mindre viktig. Uformell læring, eller læring ut fra erfaring, er ikke organisert. Det dreier seg mer om ulike situasjoner som de ansatte møter på i hverdagen og som kan gi læringsutbytte. Som at man legger merke til hvordan en kollega tilnærmer seg en problemstilling på. Et eksempel kan være at kollegaen tilpasser sin kommunikasjon på en spesiell måte i samtale med en pårørende. Dersom dette er noe som andre ser fungerer bra, kan de ta etter og bruke samme tilnæringsmåte i tilsvarende situasjon. Det har foregått læring, men på en uformell måte. Kanskje er ikke noen av de ansatte en gang bevisst på at dette har vært en læreprosess.

Formålet med kompetanseutvikling er på den ene siden et gode for den enkelte ansatte, samtidig som det skal dekke et behov for tjenesten. Krav til at primærhelsetjenesten skal bidra med kompetansehevende tiltak er godt forankret. Både helselovgivning og avtaleverk påpeker at det skal legges til rette for faglig utvikling. I avtaleverket påpekes også betydningen for samfunnet at det satses på kompetanseutvikling. Videre tydeliggjøres at både arbeidsgiver og arbeidstaker har et ansvar for å ivareta dette. Arbeidsgiver har på sin side krav om at dette gjøres systematisk ved å ta i bruk kartlegginger for å avdekke både behovet til tjenesten og hvilken kompetansebeholdning de allerede har i sine ansatte (Hovedtariffavtalen, 2018).

2.1.2 Kompetansehevende tiltak og ulike læringsmetoder

Det finnes et enormt mangfold av tilbud om kompetanseutvikling på ulike nivå og med ulike metoder. Det er også mange teoretiske betraktninger om ulike læringsformer i tillegg til at det ofte er individuelle forskjeller med tanke på hvordan man lærer best og på hvilke måter man kan tilpasse læring til arbeidshverdagen.

Lai (2013) beskriver flere sentrale læringsmetoder som er aktuelle også i helsevesenet. Vi vil her gjøre kort rede for de fire metodene som vi mener er mest aktuelle for ansatte i primærhelsetjenesten.

Forelesning er de fleste kjent med fra sin utdanning eller annen skolegang. Som kompetansehevende tiltak i arbeidslivet brukes forelesning både som opplæring og kurs innenfor aktuelle tema. Det er en læringsform som er preget av enveiskommunikasjon. Lai (2013, s.124) påpeker at dette er en læringsform som ikke er så kostnadskreven fordi man kan nå ut til mange på en gang. I opplæringssammenheng er det hensiktsmessig å samle flere. Utenom dette har forelesninger sine klare svakheter først og fremst fordi læresituasjonen ofte ikke kobles mot egen praksis. I tillegg er det ikke nødvendigvis noen overføringsverdi til de øvrige ansatte som ikke deltar på forelesningen. I helsevesenet er det dessuten vanskelig å samle ei personalgruppe til kurs eller forelesning fordi man ikke kan stenge kontoret da det alltid er noen som må være på arbeid. Tilgangen til kurs er heller ikke så stor i vår landsdel, slik at kostnadseffektiviteten som Lai påpeker er nødvendigvis ikke gjeldende dersom forelesning som læringsform innebærer at man i tillegg til kostnader til kurs også må dekke reise og opphold. Det er i tillegg tidkrevende å reise.

IKT-basert læring er en læringsform som benyttes i større grad. Lai har valgt å definere dette som et læringsmedium og ikke en læringsmetode (Lai, 2013, s. 130). Vi velger likevel å ta med IKT-basert læring fordi E-læring er blitt så sentralt når det gjelder kompetanseutvikling i primærhelsetjenesten. Kommuner abonnerer på ulike tjenester som tilbyr E-læring og dette benyttes både til opplæring og generell fagutvikling. Vi ser også at myndighetene tilbyr E-læring når det er spesielle områder det bør settes fokus på. Et eksempel er E-læring i smittevern som Helsedirektoratet har lansert. E-læring, slik vi kjenner det, er tilpasset dagens arbeidsliv. Det er kortvarige sekvenser, rett på sak og man har et mangfold å velge i. E-læring er forbundet med høy grad av fleksibilitet, de ansatte kan når som helst og hvor som helst gjennomføre opplæring og fagutvikling via internett.

Selvstudier er læring på egen hånd initiert av den ansatte selv, eller på oppfordring fra arbeidsgiver (Lai, 2013, s. 131). Dersom arbeidsgiver krever kompetanse innenfor et spesielt område eller oppfordrer til selvstudier vil man anta at det også settes av tid til å utføre dette. Selvstudier på eget initiativ kan være mer krevende fordi det kan være vanskelig å ta seg tid til dette i en travel hverdag. Det krever også en høy grad av motivasjon å sette i gang med selvstudier. Vår erfaring er at selvstudie ofte er aktuelt i helt konkrete situasjoner. Der man for eksempel får en ny pasient med spesielle behov og de ansatte selv ser at de trenger påfyll av kunnskap eller at de har behov for å sette seg inn i noe nytt.

I tillegg har også Linda Lai nevnt flere andre læringsformer. Det er strukturert diskusjon, ustrukturert diskusjon, veiledning, jobbrotasjon, casestudier, rollespill og simulering (Lai, 2013, s. 124).

Hvilke læringsformer som velges styres ofte av tilgang til ressurser. I helse- og omsorgstjenesten er det ofte kommuneøkonomien som setter stopper for kompetanseutvikling som medfører kostnader. I tillegg er det ofte mangel på personell som gjør at det ikke blir så lett å ta ansatte ut av tjenesten. Dette er kjente utfordringer som kan påvirke både muligheter og kanskje også motivasjonen til å være en pådriver for fagutvikling i en tjeneste.

2.1.3 Deltagelse i kompetansehevende tiltak

Når vi har valgt å se nærmere på hvem som deltar på kompetansehevende tiltak er det fordi de ansatte med sin kompetanse i primærhelsetjenesten er den viktigste ressursen i tjenesteproduksjonen. Det er også den ressursen som koster mest og som samtidig ikke er så synlig fordi kompetansen sitter inne hos hver enkelt. Hvis vi ser tilbake på hvordan Lai (2013) definerer kompetanse så påpeker hun at det ikke bare dreier seg om kunnskap, men også ferdigheter, evner og holdninger. Og at fagutvikling i høy grad dreier seg om den enkelte er motivert til å utvikle sin kompetanse. Det innebærer at det er mange faktorer som vil være avgjørende hvorvidt en tjeneste lykkes i sin strategi. Lai (2013) minner om at endring er sentralt i dagens arbeidsliv, noe som fører til at hvert enkelt tjenestested må investere betydelig i kompetanse. Vi vil komme nærmere inn på motivasjon og hva som driver ansatte til å delta eller ikke delta i fagutvikling, men først skal vi se på om det er spesielle trekk som avgjør om enkelte grupper er mer tilbøyelig til å utvikle seg faglig.

I 2018 ble det gjort en undersøkelse for å se nærmere på behovet for etter- og videreutdanning i landet. Der kom det blant annet frem at den største gruppen av befolkningen som har høyest deltagelse i etter- og videreutdanningsløp er de som fra før av har en høyere utdanning. Undersøkelsen viser til at dette har økt siden tilsvarende undersøkelse i 2010 (EVU-utvalget, 2019, s. 23) Dette gjelder kun formell videre- og etterutdanning. I vår undersøkelse har vi også tatt med tiltak som ikke gir studiepoeng. I følge Engesbak og Finbak (2005) finner man samme tendens også i kompetansehevende tiltak som ikke er formell etter- og videreutdanning.

I dette fenomenet ligger det en viss form for ubalanse. Ansatte som allerede har høyest kompetanse er de som ønsker mer, og de som har lavest utdanning og kanskje trenger det mest, er de som deltar minst i kompetansehevede tiltak. Denne effekten kalles jernloven eller Matteuseffekten og viser til hvordan bibelhistoriens beskriver urettferdigheten ved at de som har minst får lite, i motsetning til de som har mest får enda mer (Engesbak & Finbak, 2005). Både Engesbak og Finbak (2005) og Nordhaug (2004) viser til at Norge er et land som i høy grad investerer i kompetanse. Og at krav til både uformell og formell kompetanse er høy.

En slik faktor fører til en forsterket ubalanse, slik vi ser det. De som allerede har lavest kompetanse vil forbli i den kategorien fordi de i mindre grad deltar i fagutviklingstiltak. Mens de som er høyest utdannet er de samme som velger å utdanne seg enda mer.

Ansettelsesforhold har også noe å si for deltagelse i kompetansehevede tiltak. I et innlegg på forskning.no publiserte Gro Strømseng en sak om vikarers forhold og tilhørighet til egen arbeidsplass. Hun viser til et forskningsprosjekt som har vært gjort om vikarer fra vikarbyrå. Siden temaet er en liten del av vår studie, har vi valgt å legge saken til Strømseng til grunn. Vi tar heller ikke for oss vikarbyrå som problemstilling, men midlertidig ansatte som har en tilhørighet til et arbeidssted. Derfor tillater vi oss å ikke bruke primærkilde i dette avsnittet. Vi antar at det er mange faktorer som er annerledes for vikarer i byrå, så vi velger ut elementer som vi antar er sammenlignbare med vikarer på et fast tjenestested. Strømseng (2018) påpeker at fast ansatte har en klart sterkere tilhørighet til arbeidsplassen enn midlertidig ansatte. Videre kommer det frem at vikarer har en mindre fellesskapsfølelse, noe som naturlig nok påvirker både den ansatte og arbeidsgiver. Så til tross for at vikarer er beskyttet av samme lovverk som fast ansatte, så har vi erfart at det nettopp gjennom fagutviklingstiltak viser seg at vikarer ikke nødvendigvis har samme arbeidsvilkår som fast personell.

2.2 Ledelse

Begrepet ledelse har ulike definisjoner, som også har endret seg med tiden. Et fellestrekk i flere av teoriens begreper er at ledelse handler om å påvirke til å arbeide målrettet for å skape resultater (Arnulf, 2012, s. 13)

Selv om begrepet «leader» kan spores helt tilbake til 1300-tallet, var det først i første halvdel av 1900-tallet der «leadership» ble brukt som begrep for å beskrive innflytelse og kontroll (Skogstad, 2015, s. 15). Et viktig prinsipp her er at mennesker under visse betingelser, har behov for ledere som viser retning og derigjennom reduserer usikkerhet. Bernard M. Bass sa i 1990 at: «det er nesten like mange forskjellige definisjoner av ledelse som det finnes mennesker som har prøvd å definere ledelse» (Bass, 1990 s. 11).

Likevel viser Skogstad (2015) til Hughes, Ginnet og Curpy (1999) som sier at «ledelse dreier seg om en prosess som der en organisert gruppe blir påvirket i retning av å nå sine mål». Bass (2016 s. 34) utdyper dette ytterligere ved å si at lederskap handler om fokus for gruppeprosesser, som et personlighetsanliggende, som fenomen som fremkaller føyelighet, som utøvelse av innflytelse, som bestemt type atferd, som type overtalelse, som en maktrelasjon, som et instrument for å oppnå mål, som et resultat av samhandling, som en annen rolle, som iverksetting av struktur og som ulike kombinasjoner av disse definisjonene.

Ledelse er i høy grad et relasjonelt anliggende, og kort fortalt handler det om forholdet til de man leder og om påvirkning (Høst, 2014, s. 63). For å påvirke medarbeidere er det ulike strategier og atferd som er hensiktsmessig og kan gi gode resultat. Og på den andre side kan lederatferd virke negativt inn på ansattes prestasjoner. Som andre faktorer foregår ledelse i en relasjon og dermed spiller også hver enkelt medarbeider en rolle.

2.2.1 Ledelse i helse- og omsorgssektoren

Hva kjennetegner ledelse i helse- og omsorgssektoren?

“Krav om effektivisering, bedre kvalitet, mer styring og riktig prioritering i helse og omsorgssektoren har ført til en sterkere fokusering på ledelse og ledelsesfunksjoner. Presset kommer fra brukere, massemedier og politikere, og fører til en helse- og omsorgssektor som står overfor et stadig krav om endring” (Høst, 2014, s. 9). Ledere i helse- og omsorgssektoren står i en svært kompleks situasjon fordi de også har sterke profesjonsgrupper som setter sine faglige standarder for hvordan oppgavene skal løses.

Å være leder i kommunal helse- og omsorgstjeneste innebærer noen andre vilkår enn i det private næringsliv. Høst definerer betingelser som gjelder i offentlig virksomhet ved å skille mellom *en normativ kontekst, det som er typisk for oppgaver som skal løses og det som er*

felles ved medarbeiderne (Høst, 2014, s. 13). Den normative konteksten beskriver hvordan helsevesenet er politisk styrt og må forholde seg til en demokratisk styrekjede. Både tilgangen til ressurser og krav til tjenestene kommer fra politisk hold (Høst, 2014, s.13). I motsetning til privat virksomhet, som styrer selv innenfor egne rammer, kan den offentlige helsetjeneste bli pålagt nye oppgaver og få endret ressurstilgang uten å ha den store påvirkningskraften selv. Dette kan også påvirke behovet for kompetanseutvikling. Det kan være at det blir vedtatt politisk at kommunen skal ha et satsningsområde innenfor et område de ikke har hatt så stor befatning med tidligere. Et eksempel kan være da hverdagsrehabilitering ble vedtatt. Da måtte hjemmetjenesten i den aktuelle kommunen øke kompetansen blant de ansatte for å kunne oppfylle kravet fra politisk hold. På samme måte er samhandlingsreformen et eksempel på at kommunene måtte styrke sin kompetanse på bakgrunn av politisk fattet vedtak. Å ta hånd om pasienter som tidligere ble behandlet i sykehus, har stilt større krav til kompetanse blant annet for ansatte i hjemmetjenestene.

Et annet kjennetegn ved ledelse av helse- og omsorgstjenester er oppgavene som skal utføres. Det er ofte lovpålagte oppgaver som kommunen ikke kan unnlate å utføre. Høst (2014, s.15) beskriver også kompleksiteten ved at det ofte er lite definerte oppgaver og at målene endres underveis, på samme tid som det er viktige oppgaver som skal utføres etter regler og prosedyrer. Videre nevner Høst at helsetjenesten ofte har «tunge» oppgaver som kan virke uoverkommelige eller uløselige. Da refererer han til misbruksproblematikk og kriminalitet. Siden det ofte dreier seg om lovpålagte oppgaver, blir tjenestene tvunget til å håndtere det som kreves. Med de økte kravene som vi allerede kjenner til vil omstillingsevne og krav til kontinuerlig kompetanseutvikling være et kjennetegn ved helse- og omsorgstjenester i fremtiden.

Til sist trekker Høst frem de ansatte som en betingelse som kan være annerledes i offentlig helsetjeneste. Selv om vi ofte hører at det er mangel på fagkompetanse, er dagens helsevesen preget av høyt utdannede ansatte med høy grad av autonomi (Høst, 2014, s.15). I tillegg nevner han at ansatte har sterk grad av medbestemmelse fordi de hører til sterke fagforeninger (Høst, 2014, s.15). Både fagforeninger og faggrupper som representerer de ulike profesjonene har høy grad av påvirkningskraft, i større grad enn man ser i det private næringsliv.

2.2.2 Lederens rolle og ansvar

Når vi nå har sett på hva som kan være spesielt med å være leder i helse- og omsorgssektoren skal vi videre se litt nærmere på hvilke roller og hva slags ansvar ledere har.

Leders oppgaver kan skilles i tre hovedgrupper: administrasjon, fag og ledelse.

Administrativ ledelse handler om å skape strukturer og organisere. Dette kan innebære å lage møteplaner, opprette rutiner osv. Inn under det administrative feltet kommer de hierarkiske verdier som ordrer, styring, lojalitet, kontroll og det å avslutte og lukke beslutningsprosesser. Det er dette Høst (2014, s. 289) kaller en over-underordning da ledelsen dreier seg om å styre og kontrollere sine underordnede. En viktig faktor her er å styre og organisere virksomheten mest mulig effektivt. Den faglige ledelsen handler om å lage strategier for arbeidet (Martinsen, 2015, s.102). Dette kan være både av individuell art og for enheten som helhet. Å forklare det siste punktet, ledelse, er ikke så enkelt. Her vil vi, som mange andre, se mot Yukl (2013) som sier at ledelse kan handle om å skape forståelse for mål og arbeidsoppgaver, samt tilrettelegge for medarbeiderens målrettede arbeid. Høst (2014, s. 289) har brukt et annet begrep for å beskrive hva ledelse kan handle om i denne sammenheng: *kunstnerisk ledelse*. Dette forklarer han ved å si at i fagbyråkratier, som organisasjoner i helse- og omsorg ofte er, handler kunstnerisk ledelse om å etablere en ønsket kultur, en kultur som i fagbyråkratiet vil være en verdimeslig forankret likebehandling og kompetanseutvikling. For eksempel vil dette kunne bety å være et kollegium hvor de beste argumentene skal være avgjørende, ikke posisjonen. Høst forteller videre at det er åpne kollegiale diskusjoner som aldri avsluttes eller lukkes. Dersom det ikke gis rom for dette, kan det oppstå uventede og kritiske situasjoner. På mange måter vil man da kunne si at ledelse handler om personlig lederstil og at lederatferden er relasjonell. Med relasjonell evner menes det å for eksempel å ha stor innlevelsesevne, kunne konfrontere og være en støttespiller og være en faglig inspirator. Ved en slik adferd er målet å oppnå tillit.

I fagbyråkratier er ledere ofte selv er fagpersoner. Fagpersoner i lederposisjoner har muligheter til å selv være både veileder, lærer, trener og motivator, men for å lykkes med kompetanseutvikling og/eller -utveksling bør ledere også ha pedagogiske kunnskaper i sitt repertoar av lederegenskaper. I ulike ledelsesteorier fokuseres det på samhandling og samarbeid mellom ledere og ansatte. Deriblant kan vi trekke fram Hersey og Blanchards

velkjente teori om situasjonsbestemt ledelse som sier at ledere må velge mellom instruerende, selgende, deltakende og delegerende lederstil, avhengig av medarbeidernes kompetanse. Dette innebærer at ledere som ønsker fagutvikling må være observant på hver enkelt medarbeider og justere lederstilen deretter.

Lederjobben handler i stor grad om å utvikle kompetanse og dyktiggjøre medarbeidere. Spurkeland (2020, s. 179) går så langt at han kaller det for sabotasje av bedriften når medarbeidere ikke gjør sitt beste og er illojale. Å motivere til å utvikle medarbeideres kompetanse er en relasjonell ferdighet fordi det handler om å trene andre og gjøre dem gode. Spurkeland (2020) har beskrevet det relasjonelle perspektivet som helt vesentlig for læring. Mennesker lærer ofte mest ved å lære av hverandre. Han hevder også at det er få mellommenneskelige forhold som gir mer grobunn for tillit enn utvikling. En vellykket kompetanseoverføring gir både takknemlighet og sympati som en relasjonell konsekvens, noe som helt klart gir både motivasjon og arbeidsglede.

Olsen, Glad & Filstad gjorde i 2017 en undersøkelse i kommunale helsetjenester om læring på arbeidsplassene. Der fant de ut at sykepleiere savner tid med andre (erfarne) sykepleiere, samt en formell arena for læringsaktiviteter og kunnskapsdeling. Dette fordi læring tar tid. Ansatte beskrev at de ønsket både teoretisk gjennomgang, praksis og deretter tid til refleksjon og diskusjon i etterkant. Ansatte savnet involvering fra ledelsen og en kultur for læring på arbeidsplassen. En annen undersøkelse gjort av Glad, Olsen & Clancy (2017) pekte blant annet på at ledelsesmessig og systemisk støtte kan påvirke arbeidsgleden og viljen til å være i yrket lenge.

Dette gir et bilde som samsvarer med Spurkelands (2020) perspektiv på læring. Han knytter læring opp til det sosiopsykologiske perspektivet i organisasjonen og vektlegger et inkluderende lærende fellesskap. Alle kan altså være hverandres utviklere. I tillegg hevder han at det kontekstuelle er mye viktigere i læring enn det man før har erkjent.

Det er et stort fokus på at leder har ansvaret for kompetanseutvikling på arbeidsplassene. Velten, Tangblad & Heggen (2016 s. 127) peker på at det er en gammel tanke at lederen "har det hele og fulle ansvar" (for utvikling) og at dette derimot er en stopper for utvikling. De bruker eksempelet der medarbeidere vekselvis peker på situasjonen og lederen, som selvsagt ikke kan gjøre noe som helst uten medarbeideres aktive medvirkning. Deres utsagn må ses i

lys av et perspektiv hvor hver enkelt har et ansvar og rolle i organisasjonen. Ordet “medarbeiderskap” står sentralt og kan betraktes som en typisk skandinavisk ledelsesform der målet er å “dra lasset sammen”.

Det er helt klart et lederansvar å kartlegge kompetansebehovet på sin arbeidsplass, samt planlegge tiltakene. Det vanligste er å gjennomføre kompetansekartlegginger ved hjelp av medarbeidersamtaler. Spurkeland (2020) kaller kompetansekartlegging kun et hjelpemiddel og et system for utviklingsbehovet og planleggingen av dem. Han belyser også viktighetsgraden av ledes involvering av kompetanseutvikling på denne måten: “Ledere må undersøke egne behov og lage sitt eget system i samarbeid med sine medarbeidere”. Han beskriver videre: “Når medarbeidere ser at han/hun er ivaretatt i systemet slik det føles best for eget utviklingsbehov, og lederen ser at bedriftens behov er ivaretatt, er systemet godt nok for formålet”.

Avslutningvis i dette underkapitlet vil vi påpeke at utvikling av egne ansatte er et ledelsesarbeid og ikke administrasjon. Kjente funn i undersøkelser vi har lest på feltet (Olsen et al., 2017; Glad et al., 2017) er at medarbeiderne savner *involvering* fra ledelsen. Dette til tross for at ledere har et særskilt ansvar for ansattes kompetanseutvikling, jmfør arbeidsmiljøloven § 4-2. I denne paragrafen presiseres at arbeidsgiver skal legge til rette slik at ansatte har mulighet for både faglig og personlig utvikling. Det ligger også et ansvar om at arbeidssituasjon for den enkelte skal tilpasses arbeidsevne. Spørsmålet er da om utviklingsansvaret i ledelse alltid er like tydelig for de som innehar rollen?

2.2.3 Lederstøtte

I spørreundersøkelsen ønsket vi å finne ut i hvor stor grad leder og opplevd lederstøtte har betydning for ansattes motivasjon til å delta i kompetansehevede tiltak. Begrepet lederstøtte er uklart definert i litteraturen. Hvis vi tolker begrepet som støttende lederskap kan vi dra paralleller til relasjonsorientert ledelse som er mye omtalt i ledelsesteori. Fiedler er høyt ansett som forsker innenfor ledelsesfeltet. Han introduserte teorier om lederstiler hvor han skilte mellom oppgaveorientert- og relasjonsorientert lederstil (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 342). I ettertid har det også blitt tilført en tredje dimensjon; endringsfokusert ledelse

(Martinsen, 2009, s. 113). Relasjonsledelse vil være den dimensjonen som vi antar har mest relevans i forhold til å oppleve støtte fra leder.

Å være leder innebærer å lede individer. Individer med ulike behov for at de skal yte best mulig. Vi har også forskjellige behov når det gjelder hvor egenstyrt vi er kontra hvor mye lederstøtte vi ønsker. Dette antar vi også gjelder kompetanseutvikling. Noen ansatte er mer selvgående og utvikler seg faglig på eget initiativ, mens andre trenger at leder er en pådriver før de gjennomfører kompetansehevende tiltak. For å vite hvilken av disse kategoriene de ulike ansatte er i, er det nødvendig at leder kjenner sine medarbeidere.

Spurkeland (2009, s. 21) fremhever samspillet som foregår mellom ansatt og leder som sentralt. Han tar også opp hvor viktig det er med gjensidig tillit. Og det foreligger et tillitsforhold, så er behovet for kontroll mindre til stede. Lederskap basert på mindre kontroll er det vi leser oftest om som beskrivelser av "god ledelse". At ansatte ønsker å bli vist tillit til og mindre kontrollert er ikke en motsetning til å ha behov for ledelse. Vår erfaring er at ansatte har behov for lederstøtte i større grad enn å bli kontrollert. Og vi antar at dette også gjelder fagutvikling og deltagelse i kompetansehevende tiltak. Kuvaas og Dysvik (2012, s. 66) viser til en studie som forsket på kilder til indre motivasjon med utgangspunkt i variabler som kan ha sammenheng med ledelse. Variablene som ble benyttet var jobbautonomi, samhandling med andre og støttende ledelse. Begrepet støttende ledelse beskrives blant annet som lederens evne til å stimulere til kompetanseutvikling og autonomi. I studien det vises til kom det frem at jobbautonomi og støttende ledelse ga høy uttelling. De påpeker blant annet at behovet for autonomi også kommer frem i andre studier (Kuvaas og Dysvik, 2012, s. 67). Autonomi i arbeidssammenheng handler ikke bare om å være fri til å styre arbeidet, det handler like mye om følelsen av anerkjennelse og opplevd tillit. Hvis vi tar dette i betraktning kan en pådrivende leder oppfattes som negativt av den ansatte, fordi det kan true deres autonomi og integritet.

Vi vil i studien vår se nærmere på om dette er våre antagelser eller om dette er noe vi vil gjenkjenne hos respondentene.

2.3 Profesjonsetikk

Det er både krav og forventninger til kompetanse for ulike yrkesgrupper. For helsepersonell så er kompetansekrav også nært knyttet til profesjonsetiske normer.

Etikk er en del av DNA'et i det profesjonelle arbeidet med helse, utdanning og sosialt faglig arbeid. En profesjonell yrkesutøver har særlige kunnskaper og ferdigheter. Det innebærer at man har en vitenskapelig fundamentert, en spesialisert ekspertkompetanse og en etisk forpliktelse på hva man innenfor profesjonsteorien kaller klientens eller borgerens beste (Hjort, Kristiansen & Barkholt, 2018, s. 14). Å tilhøre en profesjon forutsetter at faggruppen, på grunn av sin særlige utdanning, har monopol på å jobbe med bestemte arbeidsoppgaver og har en spesiell legitimitet eller anerkjennelse i samfunnet. Både syke- og vernepleiere, helsefagarbeidere og flere andre yrker er eksempler på profesjoner som har sine egne kodekser nedfelt i yrkesetiske retningslinjer. En kodeks kan forklares som et sett med mer eller mindre formaliserende normer og verdier ivareta den gitte profesjonens samfunnsoppdrag (Christoffersen, 2011, s. 70). Felles for alle yrkesprofesjoner innenfor helse, utdanning og velferd er at de skal handle for den andres beste. Den enkelte profesjonsutøver er en moralsk aktør i kraft av sitt yrke og etikk inngår i alle utdanninger innenfor de nevnte sektorene.

Hvorfor er profesjonsetikk aktuelt i en oppgave som handler om kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenesten? Her kan vi bruke et eksempel: I utlysningstekster ser man ofte at det søkes etter fleksible sykepleiere. Dette underforstått at en trenger sykepleiere som er sterke og motstandsdyktige overfor store belastninger. Steenberg, Kjølrsrud & Quinteros (2018) skriver følgende: "Velferdsstaten har gjort seg avhengig av arbeidskraft som er villig til å strekke seg langt for å få endene til å møtes". Dette peker i retning av at det eksisterer et misforhold mellom de politiske målene og ressursene som er til rådighet. Det er en allmenn kjent oppfatning at det er høyt arbeidspress og utfordrende arbeidsvilkår i den kommunale helsetjenesten. Dette understøttes også i studier av eksempelvis Glad et al. (2017) og Olsen et al. (2017), som begge viser til sykepleieres tidvis harde og utfordrende arbeidsvilkår. De viser begge til at det er vanskelig å få til god kompetanseutvikling så lenge de kommunale helsetjenestene driftes på den måten de gjør i dag; der velferdsstaten har blitt mer eller mindre en konkurransestat.

For sykepleiere og flere andre grupper som jobber innenfor kommunal helsetjeneste, består faget av etikk, verdier, begreper, metoder og ferdigheter som inngår i deres samfunnsmessige oppgaver. De samfunnsmessige betingelsene sammen med rammene og strukturen utgjør arenaene der oppgavene skal løses. I sykepleie har det alltid eksistert en forpliktelse til å balansere et faglig rasjonale, et byråkratisk rasjonale og et politisk rasjonale (Steenberg, Kjølrsrud og Quinteros, 2018 s. 55). Sett i en enklere sammenheng betyr dette å balansere hva som er godt for den enkelte (det faglige ansvar) og hvordan man tilgodeser de mange (et samfunnsmessig ansvar). Det den profesjonelle utøverens ansvar å handle til pasientens beste. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YERS) står det at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. De yrkesetiske retningslinjene for helsefagarbeidere (YERH) begrunner hvorfor: *Alle medlemmer skal ta ansvar for egen læring og bidra til et lærende arbeidsmiljø, slik at hjelpetrengende kan bli møtt av profesjonelle hjelpere med relevant kunnskap, reflekterte holdninger og god selvinnsikt.* Vernepleierens yrkesetiske retningslinjer (YERV) er litt vagere: *“Vernepleieren kjenner grensen for egen kompetanse og søker veiledning i utfordrende situasjoner”*. Felles for dem alle er at det tillegges yrkesutøveren et personlig ansvar for at man møter og behandler pasienter/brukere på en faglig forsvarlig måte. Et vesentlig moment generelt i profesjonsetikken er at den enkelte yrkesutøver som i sitt daglige arbeid møter andre mennesker, og må treffe avgjørelser og valg med store og små konsekvenser for dem selv (Christoffersen, 2011, s. 65). Disse utfordringer er både av etiske og moralsk karakter.

Steenberg, Kjølrsrud & Quinteros (2018) beskriver det profesjonsetiske problem på en ypperlig måte når helsevesenet styres med en NPM-ideologi: *“Sykepleiens grunnleggende normer, verdier og etikk devalueres av de markedslogikkene som innrammer helsevesenet idag. Det gjelder profesjonens faglighet, men også på individnivå. Den enkelte sykepleier mister muligheten til å bruke sin kompetanse og setter sine menneskelige kvaliteter i spill. Det kan medføre tap av selvtillit, mangel på tro av egne evner og dermed egen -etiske-dømmekraft.”*

2.4 Motivasjon

Vi har kompetanseutvikling som tema i vår studie og ønsker å finne ut hvem som er motivert til å utvikle seg faglig i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi har forsøkt å se om det

virkelig er forskjell mellom ansatte med høy og lav utdanning. Og vi har prøvd å finne ut om leder påvirker ansattes motivasjon.

En teoretisk definisjon på begrepet motivasjon er:

“de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å oppnå et mål” (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 93).

Sett i sammenheng med området vi studerer vil denne forståelsen av motivasjon beskrive den drivende kraften som gjør at man er mer eller mindre motivert for å øke sin kompetanse i arbeidssammenheng.

Som de fleste har erfart, er man topp motivert som nyansatt. Dette er ofte også et tema i en rekrutteringsprosess. Mulighet for faglig utvikling blir ofte diskutert, ikke bare som et tiltak for å gjøre stillingen attraktiv, men også som et behov fra den ansatte.

Hvilke faktorer som påvirker motivasjonen hos den enkelte, handler om hvorvidt man er styrt av indre- eller ytre motivasjon. Deci og Ryan i Kaufmann & Kaufmann (2009, s. 103) beskriver indre motivasjon ved at drivkraften er i selve arbeidsoppgavene. Mens når man er ytre motivert, styres man av belønningssystemer og fordeler som ligger utenfor oppgavene en er satt til å utføre. .

Allerede rundt 1920-1930 ble man bevisst på at ansatte i høy grad ble drevet av indre motivasjon. Det som i senere tid er sett på som opprinnelsen til dreining mot human relation i arbeidslivet er Hawthorne-studien. Elton Mayo gjennomførte en serie studier av fabrikkarbeidere, hvor han studerte hvilke endringer i det fysiske arbeidsmiljøet som ville føre til økt produktivitet. Resultatet vakte oppsikt fordi alt av forandringer førte til økt produksjon. Det resulterte i at man ble bevisst på betydningen av den sosiale dimensjonen. Arbeiderne presterte bedre bare ved å bli sett og gitt oppmerksomhet (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 52).

Dette kjenner vi igjen i dagens arbeidsliv. Medarbeidere uttrykker behov for å bli sett og hørt av leder. På bakgrunn av denne kunnskap, vil vi undersøke i hvor stor grad behovet for å oppleve støtte fra leder har betydning for motivasjonen til å delta i kompetansehevende tiltak.

I 2009 gjennomførte Bård Kuvaas en undersøkelse blant kommunalt ansatte i ulike sektorer. Resultatet av undersøkelsen viser at ansatte med høy grad av indre motivasjon presterer bedre enn de som er ytre styrt. De opplever også en større grad av autonomi, samt at leder gir dem tro på egne kvalifikasjoner og sikrere på sitt kompetansenivå . Når det snakkes om ytre motivasjon, ligger drivkraften mer i belønningen som kan oppnås ved å utføre arbeidsoppgavene (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s.52).

Stort sett når man snakker om indre og ytre motivasjon i helse- og omsorgstjenesten legger man vekt på at helsepersonell er indre motivert. Det å være betydningsfull og det å gi omsorg til andre mennesker er en sterk drivkraft. Også når vi snakker om kompetanseutvikling er fokuset oftest at læring og utvikling henger nøye sammen med behovet for å mestre å gjøre en bra jobb. Motivasjon til fagutvikling kan også være styrt av ytre faktorer. Det kan være at en ansatt ønsker å utvikle sin kompetanse med forventning om å bli belønnet. I helse- og omsorgssektoren er belønning som oftest ikke i form av bonus eller lønnsøkning. Det kan derimot være at en ansatt blir motivert til å studere for å få en annen stilling eller forfremmes. Dette viser at både indre og ytre motivasjon kan være en kilde til at ansatte ønsker å utvikle seg faglig.

2.4.1 Motivasjonsteori

I studien vår har vi tatt for oss ulike motivasjonsteorier. De fire typer motivasjonsteorier innenfor organisasjonspsykologi som går igjen i litteraturen er jobbkarakteristikamodeller, behovsteori, sosial teori og kognitive teorier (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 93).

Vi har valgt å gå nærmere inn på jobbkarakteristikateorien og Herzbergs tofaktormodell, samt behovsteori. I tillegg vil vi komme inn på i indre og ytre motivasjon som er sentralt i kognitiv teori.

Maslows behovsteori beskriver motivasjonselementet som et grunnleggende behov for mennesket, mens jobbkarakteristikamodellen definerer egenskaper ved selve jobben som motivasjonsfaktorer i seg selv.

Jobbdesign eller jobbkarakteristika er når man ser på karakterer ved jobben og arbeidsoppgavene som en faktor som har innvirkning på indre motivasjon. Kuvaas og Dysvik (2012) viser til Hackman og Oldhams modell som beskriver hvordan motivasjonen påvirkes positivt ved at de ansatte opplever mening med arbeidet, at de får ansvar og har tilstrekkelig kunnskap. Og at slike opplevelser dannes på bakgrunn av at arbeidet består av variasjon i

kravet til ferdigheter, at man kan identifisere seg med oppgavene, at jobben oppleves som viktig, at de ansatte har autonomi og at det er en tilbakemeldingskultur (Kuvaas og Dysvik, 2012, s. 65). Denne modellen beskriver hvordan disse fem trekkene påvirker den ansattes indre motivasjon.

Som helsepersonell spiller man en viktig rolle for andre menneskers liv. Hvis vi hadde spurt respondentene om de opplever at de har et meningsfylt arbeid kan vi med sikkerhet si at det hadde blitt en høy score. Å arbeide i helse- og omsorgssektoren er i høy grad både samfunnsnyttig og viktig for andre mennesker.

Hertzbergs to-faktormodell består av motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer. Med dette tar han utgangspunkt at en medarbeider som trives i jobben yter bedre. Motivasjonsfaktorer i seg selv skaper trivsel, men skaper ikke vantrivsel dersom de ikke er til stede. I motsetning til hygienefaktorer som ikke nødvendigvis skaper trivsel om de finnes, men vantrivsel dersom de ikke er til stede (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 212). Slik blir Hertzbergs teori basert på motivasjonselementer som vekst og utvikling, prestasjoner og anerkjennelse. Modellen er konkret og elementene kan operasjonaliseres slik at det gir ledere gode innspill til hva som øker motivasjonen og dermed også trivsel på arbeidsplassen. I Herzberg teori om tofaktor-modellen beskriver motivasjonsfaktorer som anerkjennelse, utviklingsmuligheter og andre faktorer som kan motivere til økt innsats. Mens lønn, status, ledelse er hygienefaktorer som i seg selv ikke er motiverende (Grimsbø, 2011, s. 283).

Ansatte i full stilling bruker en stor del livet på arbeid. Å arbeide gir ikke bare uttelling i form av lønn, men har også mye å si for den enkeltes utvikling (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 15). Jobben er en viktig del av vår identitet. Når man møter nye mennesker er det ofte arbeid som er tema. Det er dermed viktig at arbeidsplassen er en arena for mestring og utvikling. I et psykologisk perspektiv er kompetanseutvikling ett av menneskelige behov. Dette definerte Abraham Maslow i sin teori om motivasjon. Modellen er bygd opp trinnvis og at de udekkede trinnene danner motivasjonen for det neste trinn. I behovspyramiden er selvrealisering et trinn som henger sammen med menneskets behov for personlig utvikling (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 25).



Maslow delte behovspyramiden inn ved å definere det nederste trinnet som fysiologiske behov, altså helt grunnleggende behov som må dekkes (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 93). Generelt betegnes dette ofte som behov for mat og rom. I arbeidssammenheng kan man trekke det videre og se på lønnen til de ansatte. Ansatte må ha en lønn som er på et nivå slik at det kan dekke deres behov for mat og husrom som et minimum.

Videre i pyramiden finner vi sikkerhetsbehov. De er oppfylt når man føler seg trygg både fysisk og psykisk. I arbeidslivet handler det om trygghet både i forhold fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, samt at man opplever trygghet i forhold til det å ha en sikker arbeidsplass (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 94). I vår studie, som omhandler offentlige ansatte, så må man kunne påstå at de har trygge arbeidsplasser. Som helsepersonell er du sikret arbeid. Det gjelder selvsagt de som er fast ansatte. Vi har erfart at mange går på midlertidige kontrakter og de har nok ikke den samme opplevelsen av å trygghet som sine fast ansatte kolleger. Andre forhold som kan påvirke opplevelsen av trygghet, er hvordan arbeidsmiljøet er. Ikke alle opplever å arbeide i et arbeidsmiljø med støttende kolleger og ledelse, slik at trygghetsfølelsen ikke nødvendigvis er tilstede. Pyramidens tredje nivå er sosiale behov, som beskriver behovet vårt for tilhørighet i våre sosiale omgivelser. På jobben kan kolleger dekke våre sosiale behov. Dette legges det ofte til rette for ved å ha fokus på arbeidsmiljø og ved å samle personalet (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 95).

Neste nivå er behovet for aktelse, som beskriver menneskenes behov for positiv selvoppfatning og anerkjennelse. Kaufmann & Kaufmann (2009, s. 95) beskriver både dette og det påfølgende behovet for vekst. De påpeker også viktigheten av dette nivået i

arbeidslivet fordi det omhandler arbeidstakernes ønske om å mestre oppgaver og prestere (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s.95). Det har stor betydning for motivasjon for kompetanseutvikling. Ved å være bevisst på menneskets sterke behov for anerkjennelse, vil effekten av å skape en tilbakemeldingskultur være høy.

Det høyeste nivået i Maslows behovspyramide er behovet for selvaktualisering. På dette nivået er arbeidstakere høyt motiverte og ytelsen er høy. De får brukt sine evner og har høy grad av mestring (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s.95).

Behovspyramiden er ofte brukt i studier for å beskrive hva som er drivkraft og viktige faktorer for ansatte. Det er også en teori som kritiseres nettopp på grunn av sin hierarkiske oppbygging. Kritikken går oftest på at menneskenes behov ikke nødvendigvis kan defineres i en bestemt rekkefølge og at flere behov kan være oppfylt samtidig. Vi antar at dette gjelder våre respondenter og tar derfor med oss behovspyramiden som et bakteppe når vi skal forstå motivasjon til å utvikle seg faglig.

Vi har nå sett på motivasjon ut fra et teoretisk perspektiv ved kort å belyse de mest kjente teoriene. Vi har sett at det er ulike faktorer som kan påvirke den enkeltes motivasjon. Vi forventer at vi vil se forskjeller også i vår studie og vil først vise til tidligere forskning som beskriver hvordan enkelte grupper viser større interesse for å delta i kompetansehevende tiltak enn andre.

2.5 Presentasjon av hypoteser

På bakgrunn av gjennomgått teoretisk fundament vil vi her presentere syv hypoteser som danner grunnlaget for forskningen vår. Hypotesene blir presentert enkeltvis med forklaring av bakgrunnen og mål.

H1: «De fleste vil, uavhengig av utdanning og ansettelsesforhold, svare at kompetanseutvikling er viktig for helsearbeidere.»

Med bakgrunn i det sosiopsykologiske perspektivet og organisasjonsmessig teori, antar vi at det å inneha tilstrekkelig kompetanse er viktig for alle uansett hvilket yrke. I helse- og

omsorgstjenesten er det spesielt viktig fordi det handler om pasientsikkerhet. Arntzen (2014) beskriver så treffende at dagens kunnskap ikke nødvendigvis er god praksis om kort tid. Nye metoder og nye behov krever jevnlig oppdatering. Behovet for kompetanseutvikling er ikke nytt for helsepersonell, det er heller et tema med jevnlig fokus. I tillegg til at det er sterke føringer for at helsepersonell i form av sin profesjon forplikter seg til å jevnlig oppdatere seg faglig, ligger det også en dimensjon av mestring når vi snakker om kompetanse. For helsearbeideren er mestring en viktig faktor fordi å feile eller overse noe kan få fatale følger for pasient eller bruker.

Målet med denne hypotesen er å stadfeste om vår oppfatning faktisk gjelder for helsearbeidere i kommunal helsesektor.

H2: «Ansatte med høy utdanning er mer motiverte for å utvikle seg faglig.»

Bakgrunnen for hypotese 2 er å undersøke om tendensen til at de som allerede har høy grad av kompetanse er de samme som ønsker å utvikle sin kompetanse enda mer. Denne variasjonen blant ansatte gjør at kompetansebeholdningen i en tjeneste blir skjevt fordelt. “Mye vil ha mer” er ikke bare beskrivende for fenomenet, det er også tittelen på en artikkel av Heidi Engesbak og Liv Finbak som ble publisert i 2005. Artikkelen retter søkelyset mot denne skjevheten som kan oppstå i en tjeneste dersom de som egentlig har størst behov for fagutvikling, er det som har lavest grad av deltagelse. Dette gjelder alle former for opplæring, også uformelle læringssituasjoner som foregår på arbeidsplassen (Engesbak & Finbak, 2005). Dersom denne hypotesen verifiseres også i utvalget vi har studert, vil det gi nyttig informasjon til ledere som skal arbeide med kompetanseplanlegging fremover.

H3: «Fast ansatte er mer motiverte for å utvikle seg faglig.»

Hypotese 3 er ganske så lik hypotese 2, men tar her utgangspunkt i ansettelsesforhold. I mange yrker er fast ansettelse en selvfølge. I helse- og omsorgssektoren er dette ikke en selvfølgelighet. I enkelte avdelinger er store deler av arbeidsstokken midlertidig ansatt. Vi vet at det berører de ansatte, de lever i en tilværelse med høy grad av uforutsigbarhet. Å jakte på vakter kan føre til at de i perioder må jobbe ekstra mye og i andre perioder må leve med redusert inntekt. Vi har også erfart at dette har en konsekvens for arbeidsplassen, fordi vikarer

som ikke får fast ansettelse er tilbøyelige til å slutte fordi de får fast arbeid i en annen virksomhet. I hypotese 3 ser vi på om det kan ha direkte sammenheng mellom motivasjon til å delta i kompetansehevende tiltak og om den ansatte har fast stilling eller er vikar. Helt tilbake til Maslows behovsteori belyste de forholdet mellom grunnleggende behov og behov for selvrealisering (Kaufmann & Kaufmann, 2009, s. 93). Denne hypotesen kan, i likhet med hypotese 2, gi nyttig informasjon til ledere som jobber med kompetanseplanlegging.

H4: *«Ansatte med høy utdanning mener sjeldnere at leder skal styre deres kompetanseutvikling.»*

Vi har tidligere i teorikapittelet belyst at helsevesenet består av ansatte med ulik grad av formell kompetanse. Teorien sier blant annet at ansatte med høy kompetanse er mer selvstendige i jobben sin og har økt grad av autonomi, noe som kan peke mot at en i mindre grad ønsker at leder skal styre kompetanseutviklingen. Da Glad et al. (2017) undersøkte hvilke faktorer som fremmer fagutvikling i kommunale helsetjenester, pekte de blant annet på arbeidsmiljøet som en viktig faktor. Noen av arbeidsmiljøfaktorene som ble nevnt var god kommunikasjon med kollegaer, kunnskapsrike og støttende ledere og det å få gi innspill til avgjørelser på arbeidsplassen. Det siste punktet bekrefter antakelsen at høy kompetanse gjør at ansatte i større grad vil ha påvirkningskraft når det gjelder egne arbeidsoppgaver. Med vår hypotese 4 søker vi empirisk kunnskap om det faktisk er sammenhenger mellom utdanningsnivå og behovet for at leder skal være en pådriver for kompetanseutviklingen. Denne hypotesen kan gi et bilde på om ansatte og ledere ser i samme retning når det gjelder leders involvering.

H5: *«Fast ansatte mener sjeldnere at leder skal styre deres kompetanseutvikling.»*

Vår hypotese 5 er lik hypotese 4, men tar her utgangspunkt i ansettelsesforhold.

Med bakgrunn i både organisasjonspsykologi og motivasjonsteorier mener vi å ha grunn til å tro at fast ansatte tar og får større ansvar for sine arbeidsoppgaver. Mengdetrening og kontinuitet gir tryggere ansatte da kunnskapen etterhvert blir internalisert og sitter i ryggmargen. Internalisering av kunnskap betyr at teorien blir til en integrert del av atferden til en person (Spurkeland, 2020, s. 180). En ansatt som er trygg, det vil si opplever mestring i det

meste av sine oppgaver, vil sannsynligvis også hevde sin rett til å påvirke egen arbeidssituasjon. Dette handler om både autonomi og eierskap til arbeidsoppgavene.

H6: «Ansatte som har gjort en egeninnsats for kompetanseutvikling oppgir å ha fått mer lederstøtte.»

Etter funn i undersøkelser gjort på feltet ser det ut for at ansatte ønsker mer involvering fra ledelsen når det gjelder kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenester (Glad et al. (2017); Olsen et al. (2017)). Vi skiller ikke her mellom grupper, men ser alle under ett. Vi ønsker blant annet å finne ut om ansatte som allerede er motiverte til fagutvikling opplever å ha fått støtte fra sin leder. Målet med hypotesen er å finne ut hvor stor betydning lederen har for ansattes motivasjon til å delta på kompetansehevende tiltak. Det er fortrinnsvis egeninnsats vi er ute etter å måle.

H7: «Ansatte som har gjort en egeninnsats for kompetanseutvikling oppgir å ha hatt mer pådrivende ledere.»

Hypotese 7 er nært knyttet til hypotese 6, men her ser vi på først og fremst på leders aktive involvering i hva angår kompetanseutvikling. Vi har valgt å bruke begrepet “pådrivende leder” som et bilde på en fremoverlent leder som aktivt søker kompetanseutvikling blant sine ansatte. Det handler altså om leders strategier og atferd slik som vi var innom i kapittelet om ledelse.

Både i hypotese 6 og 7 tar vi for oss leders involvering i ansattes kompetanseutvikling. Hverken lederstøtte eller pådrivende leder er begreper som nevnes ofte i teorien. Når vi bruker begrepet lederstøtte ser vi for oss en leder som legger til rette for fagutvikling og som gir sosial støtte der når det er behov for det. Mens en pådrivende leder har en lederstil hvor man har en forestilling om at ansatte må motiveres for å yte (Haukedal, 2000, s. 56).

3 Metode

I forrige kapittel har vi beskrevet ulike teoretiske plattformer som vi har brukt som grunnlag for vår studie. I metodekapitlet vil vi forsøke å redegjøre hvordan vi har kommet frem til vårt endelige resultat. Innledningsvis vil vi forklare hva metode er. Videre vil vi beskrive forskningsdesign og valg av metode, for så å begrunne hvorfor vi mener denne metoden er godt egnet til å belyse vår problemstilling. Vi vil kort beskrive utvalget og hvilke enheter vi besluttet å sende undersøkelsen til. Prosessen videre er å presentere hvordan vi har samlet inn og bearbeidet data. Oppgavens kvalitet vil vi presentere ved å redegjøre for reliabilitet og validitet.

Avslutningsvis i kapitlet vil vi evaluere prosessen ved å se på sterke og svake sider ved metodevalget før vi presenterer våre etiske betraktninger.

Med vår samlede erfaring som ledere i primærhelsetjenesten har vi ofte stilt spørsmål ved ulikheten når det gjelder engasjement for å delta i fagutviklingstiltak. Noen søker på flere utdanninger, mens andre har svært lav motivasjon for å ta helt enkle, korte oppdateringskurs. Problemstillingen vår tar for seg noen faktorer som kan påvirke motivasjonene til å drive med fagutvikling. Vi ser på om ansatte med høy utdanning er mer motiverte enn de med lavere utdanning. Og vi ser disse faktorene sammen med lederstøtte og i hvilken grad det påvirker til å delta i kompetansehevende tiltak.

Jacobsen beskriver metode som fremgangsmåten vi benytter når vi samler inn informasjon og tolker data på (Jacobsen, 2018, s. 13). Metodikken som vi velger skal si noe om hvordan vi etterprøver teori som andre har forsket seg frem til eller som vi selv fremskaffer i løpet av vår studie. Dermed har metodevalg mye å si for hvordan vi kommer frem til resultatene i studien.

Valg av metode er avhengig av problemstillingen. Det er først når problemstillingen er konkretisert at man vet hva man skal spørre om (Jacobsen, 2018, s. 72). Dermed utarbeides hypoteser som kan brukes til å avkrefte eller bekrefte vår antagelse om fenomenet. Vår studie er bygget opp ved å formulere syv hypoteser som vi til slutt skal etterprøve.

Målsetningen med en undersøkelse er å forske frem kunnskap som både er troverdig og gyldig. Intensjonen med en studie kan være å *beskrive* et fenomen, eller det kan være at man har som mål å *forklare* noe eller hensikten kan være å *predikere*. Da er hensikten å se frem i tid om man ut fra forskningen kan forutse en hendelse eller et fenomen (Jacobsen, 2018, s. 15). Siden vi har tatt utgangspunkt i andres forskning for å belyse problemstillingen valgte vi å utvikle hypoteser for å bekrefte eller avkrefte våre antagelser om hvordan behovet for lederstøtte og motivasjon til fagutvikling påvirkes av utdanningsnivå.

3.1 Forskningsdesign

Undersøkelsesdesign er oppgavens svar på hvem, hva, hvor og hvordan. Altså en helhetlig og overordnet plan for prosessen videre (Ringdal, 2013, s. 105).

Jacobsen påpeker at valg av design må gjøres med bakgrunn i problemstillingen (Jacobsen, 2018, s. 89).

Når vi valgte forskningsdesign tok vi standpunkt til at vår problemstilling passer godt til å besvares ved å benytte et ekstensivt opplegg. Ekstensivt forskningsdesign egner seg best når man ønsker å generalisere statistisk. I vår studie har vi valgt breddefokus. Å velge å gå i bredden i en studie vil gå på bekostning av dybdekunnskap. Undersøkelsen er sendt ut til mange som kun har som fellesnevner at de arbeider som helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Vi ønsker svar på et generelt nivå ved å få svar på spørsmål om hvorvidt et fenomen er vanlig eller uvanlig (Jacobsen, 2018, s. 91).

Vi kunne valgt et intensivt design som tar mer sikte på teoretisk generalisering. Da undersøker man gjerne få enheter hvor man går mer i dybden. Et slikt opplegg er best egnet dersom man ønsker flere nyanser, får mer utdypende svar og flere detaljer. Samtidig er det færre personer som deltar (Jacobsen, 2018, s. 91). For respondenter vil det oppleves mer virkelighetsnært å delta i en studie med et intensivt design. Fordi man med færre enheter har mer fokus på detaljer og deres oppfattelse om et fenomen blir fyldigere beskrevet da det er de som undersøkes som er utgangspunktet for studien. Jacobsen beskriver at man ved å velge det ene foran det andre, mister man alltid noe vesentlig. Det mest ideelle ville vært å kombinere et ekstensivt opplegg med et intensivt design. Samtidig poengterer han at det vil være svært krevende å gjennomføre fordi man da må undersøke både mange enheter og mange variabler (Jacobsen, 2018, s. 92). Det vil ta for mye tid å intervju mange. I tillegg vil informasjon om

mange variabler føre til mye etterarbeid ettersom man sitter igjen med mye data som skal bearbeides og analyseres.

Ettersom vi vil se nærmere på samvariasjon mellom variablene og vi heller ikke har ambisjoner om å måle et fenomen over tid, har vi valgt å gjøre en tverrsnittsundersøkelse som i litteraturen blir omtalt som en måte å gjøre en utvalgsundersøkelse på. Ved å gjøre en tverrsnittsundersøkelse vil vi få data som gjelder i det tidspunkt undersøkelsen foregår (Jacobsen, 2018, s. 109). Vårt resultat i denne studien er et øyeblikksbilde og vil ikke gi oss noe informasjon om endringer over tid eller hvor stabile våre funn er. Vi har vurdert det slik at forholdet mellom kompetanse, utdanningsnivå og behov for lederstøtte ikke er fenomener som vil endre seg i en tidsperiode. I en større studie ville man kunne benyttet et eksperimentelt design og samlet inn tidsseriedata før og etter en eventuell intervensjon (Jacobsen, 2018, s. 114). Med utgangspunkt i dagens situasjon ser vi på problemstillingen som relativt stabil og dermed godt egnet til å belyse ved hjelp av en tverrsnittsundersøkelse.

3.2 Valg av metode

I følge Jacobsen (2018) er det to hovedretninger innen forskningsstrategi. Det er kvantitativ og kvalitativ innsamlingsmetode. Disse to forskningsstrategiene representerer hver sin retning når man skal innhente data. Mens man i kvantitativ metode samler inn data som kan måles eller tallfestes, så vil man med kvalitative data samle inn ord og beskrivelser. Metodemessig skiller disse to strategiene oftest mellom henholdsvis spørreundersøkelse og intervju (Jacobsen, 2018 s. 125-126).

Som nevnt i forrige kapittel, så har vi valgt et ekstensivt design som er egnet til statistisk generalisering. Innsamlingen av kvantitative data vil gi oss et tallmateriale som bearbeides. Ved å bruke denne metoden vil vi nå ut til flere enheter og vi vil sitte igjen med konkrete tall som besvarelser.

Ved å velge en survey for å samle inn data kan vi få informasjon fra mange og samtidig er det håndterbart fordi data både innhentes og bearbeides elektronisk.

Jacobsen (2018) beskriver kvantitative metoder som individualistisk fordi data baserer seg på opplysninger fra hver enkelt. Og at metoden er best egnet til studier hvor man ikke har som

mål å se nærmere på sammenhenger. Med utgangspunkt i vår problemstilling er målet primært å finne ut hvilke faktorer som kan påvirke ansattes motivasjon til å utvikle seg faglig ved å få svar på spørreundersøkelsen. Vi er inneforstått med at metoden vi har valgt har sine begrensninger slik at vi ikke vil få detaljert informasjon om årsaker og sammenhenger.

3.3 Utvalg

Med mange års erfaring fra ulike avdelinger i primærhelsetjenesten anså vi oss som godt kjent med feltet vi skulle forske i. Det ble derfor ikke nødvendig for oss å samle bakgrunnsinformasjon som kan være viktig når man skal velge utvalg og enheter til studien. Den teoretiske populasjonen er alle som arbeider i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Jacobsen, 2018, s. 179). Utvalget vårt er ansatte som arbeider i sykehjem, hjemmesykepleie og tjenester for utviklingshemmede i flere kommuner. Utvalget består dermed av ansatte med ulik grad av utdanning. Det kan variere fra assistenter som ikke har noen form for relevant utdanning til høyskoleutdannet personell med videreutdanning. Det ble sendt ut en e-post med link til alle enhetsledere, sektorledere og/eller helse- og omsorgsledere. I e-posten forklarte vi bakgrunnen for vår studie og ba disse videresende denne til alt av helsepersonell i de aktuelle helse- og omsorgstjenestene. Vi vet ikke hvor mange ansatte det er snakk om og kan dermed heller ikke si noe om svarprosent på undersøkelsen. Det vi kan si, på bakgrunn av vår kunnskap om tjenestestedene, er at svarprosenten er lav. Vi antar at ikke alle ledere har valgt å sende ut undersøkelsen. Hos noen ledere vi fikk tilbakemelding om at de ikke ønsket at ansatte skulle bruke tid på dette fordi helsevesenet var i en svært kritisk situasjon på grunn av den pågående coronapandemien. Av samme grunn valgte vi å ikke sende ut puring på undersøkelsen.

3.4 Innsamling av data i spørreskjema

Jacobsen (2018) presiserer at det stilles spesielle krav i en forskningsprosess. Han sier at *“forskning kjennetegnes nettopp ved at innsamling av data, behandling av informasjon og presentasjon er systematisk”* (s. 16). Tverrsnittsdesign er ofte brukt når kvantitative data skal samles inn i en spørreundersøkelse (Ringdal, 2013, s. 107).

En spørreundersøkelse, som vi har valgt som datainnsamlingsmetode, er en ofte benyttet metode i samfunnsvitenskap for å samle inn statistiske data. Det er ikke kostnadskrevende og man kan nå over et stort område (Ringdal, 2013, s. 190) fordi man kan bruke post eller internett-løsninger ved utsendelse. Vi brukte kommunenes e-post og sendte link til en survey. Ulempen med selvutfyllende skjema som sendes slik er at det kan påvirke svarprosenten i negativ retning (Ringdal, 2013, s. 190). Det kan virke som mindre forpliktende å besvare nettbaserte spørreundersøkelser. Bli man forespurt om intervju er det gjerne i direkte kontakt og det kan være lettere å være positivt innstilt fordi man ønsker å stille opp for den som spør, mens en link er lite personlig og kan forsvinne i mengden av alt annet som kommer i innboksen.

Å utarbeide en spørreundersøkelse innebærer blant annet å operasjonalisere begreper med utgangspunkt i problemstillingen. Det er avgjørende at problemstillingen er formulert på en måte som lar seg konkretisere slik at vi kan utarbeide svaralternativer som er mest mulig presise (Jacobsen, 2018, s. 253). For å analysere svarene må hvert spørsmål være formulert slik at det lar seg måle.

Selv om begrepene vi bruker også er operasjonalisert vil det alltid være en mulighet for at respondenten har sin egen oppfatning av spørsmålet. Dette er en mulig feilkilde som man ikke rår over etter at undersøkelsen er sendt ut. Vi testet undersøkelsen på noen utvalgte for å se at spørsmålene var tydelige og forståelige. Det vil likevel være en risiko for at den som besvarer undersøkelsen har sin egen oppfatning. For å redusere denne muligheten ville det vært mulig å benytte undersøkelse som har vært brukt til forskning tidligere.

Vi valgte å lage vårt eget spørreskjema. I denne prosessen måtte vi velge på hvilken måte vi skulle stille spørsmål som var målbare. Siden ingen av oss har gjort tilsvarende tidligere ble det viktig å ta imot veiledning når vi skulle velge hvordan spørsmålene skulle formuleres.

Å utarbeide spørreskjema, eller måleapparat, som Jacobsen (2018) betegner det som, innebærer også å ta stilling til hvilke svaralternativ vi skulle benytte.

Typisk for spørreundersøkelser er at det anvendes lukkede spørsmål og med faste svaralternativer (Ringdal, 2013, s. 200). Vi har valgt å kun bruke lukkede spørsmål, det er ikke kommentarfelt med mulighet for at respondentene kan skrive fritekst og vi har heller ingen åpen spørsmålsstilling. Som svaralternativ er det valgt å bruke både nominaltall og ordinalt målenivå. Nominalt målenivå kalles også kategorisvar og er typisk “ja”/“nei”-svar.

Det er en spørsmålsstilling som krever at respondenten må velge et alternativ uten at det sier noe om styrken i svaret (Jacobsen, 2018, s. 258). Et eksempel på dette er spørsmålet om respondentene har etterspurt konkrete tiltak.

Det er også stilt flere spørsmål hvor vi ønsker å se på nyanser i svarene. Det betegnes i litteraturen som ordinalt målenivå (Jacobsen, 2018, s. 258). Ordinalt målenivå eller rangordnede svar er brukt når vi skal finne ut styrke i svarene. Blant annet bes respondentene om å svare på i hvilken grad de opplever støtte fra leder dersom de selv tar initiativ til kompetanseutvikling. Svar alternativene er i en skala fra 1 til 5, hvor 1 er definert som i liten grad, mens 5 er i svært høy grad. Vi er altså ute etter å finne ut graden av viktighet med lederstøtte, ikke bare om de opplever det eller mangler det. På den måten finner vi nyanser i svar også i en undersøkelse som baserer seg på innsamling av kvantitative data.

Kategoriske rangordnede svar ønskes når vi spør konkret om hvilket utdanningsnivå de ansatte har, det er da listet opp alle utdanningsnivå fra ufaglært til 3-årig høyskole med videreutdanning.

3.5 Bearbeiding og analyse

All data er samlet inn ved hjelp av en survey. Som forklart i forrige avsnitt, er det brukt ulike svaralternativer. Det som kjennetegner kvantitative data er at det er data som består av tall.

Den innsamlede data er derfor omgjort til tallverdier. Denne operasjonen kalles for *koding*, og da gis hvert svar en verdi som kan legges inn i et datasystem (Jacobsen, 2018, s. 313).

Dataprogrammet SPSS ble benyttet til å registrere og analysere innsamlet data fra vår undersøkelse. Videre i prosessen ble utarbeidet analyser av undersøkelsen. Univariat analyse er første steg. Det betyr at man analyserer en og en variabel, man starter da med enkle analyser før man går videre og sammenligner variabler og ser på sammenhenger som er relevante for vår studie.

For å se på korrelasjon har vi brukt bivariatanalyse, som er en analyseform som er egnet til å se på sammenheng eller forskjeller mellom variabler (Jacobsen, 2018, s. 330).

Som nevnt har vi formulert hypoteser. For å undersøke om våre hypoteser kan underbygges, er det flere måter det kan testes ut på. En T-test bygger på å sammenligne gjennomsnitt i

grupper innenfor utvalget for å se om forskjellene er så store at man kan regne med at det er tilsvarende forskjellig i grupper i populasjonen (Jacobsen, 2018, s.370). Dette er beskrevet ytterligere i kapittelet der vi presenterer våre funn.

3.6 Vurdering av reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet sier noe om kvaliteten på data som er samlet inn og hvorvidt man kan stole på den forskning som er utført. I en kvantitativ studie dreier validitet og reliabilitet seg om riktige data er samlet inn og på en pålitelig måte (Jakobsen, 2015).

Validitet handler om å vurdere i hvilken grad informasjonen som kommer fram i studien er gyldig, det vil si hvor godt informasjonene representerer virkeligheten. En konklusjon er sann dersom den er basert på sanne premisser. Det er vanlig å dele opp i indre og ytre gyldighet. I kvantitative studier beror den indre gyldigheten (begrepsmessig gyldighet) på om måleapparatene våre måler det vi ønsker å måle. Et eksempel på dette er utforming av spørreskjemaet. Spør vi på riktig måte? Bruker vi riktige ord? Spørreskjemaet vårt ble gjennomgått av testpersoner før utsendelse. Det gav oss et bilde på at vi brukte ord som ikke ville være vanskelig for respondentene å forstå.

Innunder den indre validiteten kommer også *kausal gyldighet*. Kausal gyldighet omhandler hvordan man kan tolke korrelasjoner, altså samvariasjon, som årsakssammenhenger (Jakobsen, 2015, s. 351). Det er alltid en viss usikkerhet ved å tolke samvariasjoner basert på svarrespons på spørsmål som respondentene ikke ser i sammenheng med hverandre, men vi mener at vi har godt grunnlag for våre funn.

Den eksterne gyldigheten går ut på å se om funnene kan generaliseres. Det betyr at våre resultater skal være representative også for andre enn de vi har undersøkt. Ved gjennomgang av deskriptiv bakgrunnsinformasjon av våre informanter mener vi at vi har truffet godt på utvalget. Blant respondentene finner vi variasjon av utdanningsnivå og ansettelsesforhold. Dette gjenspeiler virkelighetsbildet i kommunale helse- og omsorgssektor slik vi kjenner den. Utvalget vurderes derfor å være representativt for populasjonen.

3.7 Forskningsetiske betraktninger

I forskning er det flere problemstillinger man må være bevisst på innenfor forskningsetikk. Både Jacobsen (2018) og Ringdal (2013) definerer etiske krav som må innfris. Et viktig utgangspunkt er å beskytte personer det forskes på ved å ivareta kravet til privatliv. I samfunnsvitenskapelig forskning er det ikke så stor risiko for skade på grunn av tema det forskes på, men retten til personvern er sterkt tilstede (Ringdal, 2013, s. 456) og (Jacobsen, 2018, s. 48). Da vi ikke samler inn data av følsom art eller data som kan oppleves som personlig å dele, har våre etiske vurderinger i hovedsak dreid seg om hvorvidt data som samles inn kan avsløre identiteten til respondenten. Ved å velge survey som metode har vi allerede med metodevalg i høy grad ivaretatt behovet for personvern (Jacobsen, 2018, s. 49). Ingen data knyttes direkte til respondent og kravet til anonymitet er oppfylt. I undersøkelsen har vi kun to bakgrunnsspørsmål. Det ene er utdanningsnivå og det er kun spurt om grad av utdanning, ikke hvilken type utdanning respondentene har. Det andre spørsmålet som kan gi oss bakgrunnsinformasjon er hvilket ansettelsesforhold den ansatte har. For å finne det ut er det spurt om de er fast ansatt eller vikar. Med dette utgangspunktet ansees det ikke som mulig å identifisere respondenten ut fra data. Vi kontaktet Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for en vurdering om vår survey var meldepliktig. Konklusjonen er at prosjektet ikke må meldes inn da det ikke etterspørres persondata.

Et annet vilkår som må være til stede er frivillig deltagelse. Det skal være et informert samtykke, altså et samtykke basert på fylldig nok informasjon til å kunne avgjøre om vedkommende ønsker å delta eller ikke (Jacobsen, 2018, s. 47). I informasjonsdelen til selve spørreundersøkelsen presiserte vi at det er frivillig å delta. Det som imidlertid kan være en negativ faktor, er at vi ba lederne videresende undersøkelsen til sine ansatte. Og det kan da være en mulighet for at noen føler seg forpliktet til å delta kun fordi de mottok denne fra sin leder. Dette er imidlertid en relativt vanlig måte å formidle undersøkelser på og derfor har vi lagt til grunn at det ikke påvirker prinsippet om frivillighet av vesentlig betydning.

Det tredje kravet vi har lagt vekt på er redelighet i forskningsprosessen. Jacobsen poengterer at man skal *forsøke å gjengi resultater fullstendig og i riktig sammenheng*. Det innebærer ikke bare at man ikke skal jukse, men også at man skal være åpen om resultater og gjengi de reelle

funn selv om det kan være uønskede funn av en eventuell oppdragsgiver (Jacobsen, 2018, s. 51).

Studien er gjennomført på egenhånd, vi har selv valgt tema og er ikke bundet til en oppdragsgiver. Selv om vi håper at kommuneledelsen ønsker å lese vår studie, så er ikke våre konklusjoner påvirket av dette.

4 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil vi ved hjelp av data fra surveyen presentere undersøkelsens empiriske funn. Og vi vil besvare studiens overordnede problemstilling “*Hvilke faktorer kan påvirke helsepersonells deltagelse i kompetansehevede tiltak?*” gjennom å konkludere i forhold til undersøkelsens syv hypoteser. Helt til slutt oppsummeres studiens funn basert på våre hypoteser.

4.1 Analyse av funn

Vi tester her hypoteser ved å sammenligne to og to gjennomsnittsskårer fra surveyen. Hypotesetesting betyr å se på forhold mellom utvalg og populasjonen, det vil si om det er statistisk sannsynlighet for at vi skal beholde eller forkaste *nullhypotesen*. Nullhypotesen sier alltid at to variabler er statistisk uavhengige i populasjonen, altså at det er ingen forskjell mellom gjennomsnittene i populasjonen (Jacobsen, 2015 s 371). For å sjekke om differansen mellom to variabler er statistisk signifikant eller ikke, har vi benyttet T-tester ved hjelp av analyseverktøyet SPSS som er en programvarepakke for statistiske beregninger. T-testen undersøker om gjennomsnittet i to ulike fordelinger er så forskjellige at det også gjelder for populasjonen (Jacobsen, 2015 s. 370). Dersom nullhypotesen forkastes betyr det at den alternative hypotesen forsterkes, med andre ord er det en forskjell i populasjonen. I vår oppgave vil vi bruke tabeller med gjennomsnittsverdier og sammenfatter flere variabler.

Å vurdere om en nullhypotese skal forkastes vil bero på hvilket signifikansnivå man legger seg på. Det vanlige er å beregne signifikansnivå på enten 5% eller 1% (Jacobsen, 2015 s. 371). Dette betyr at dersom man forkaster nullhypotesen og sier at det ikke er forskjell mellom gjennomsnittene, kan man med 95% eller 99% sikkerhet anta at det er reell forskjell mellom gjennomsnittene i populasjonen.

For å finne ut om variabler korrelerer kan man benytte en *kji*-test (Pearson Chi). Det er en måte å teste ut om resultatene også gjelder i populasjonen (Jacobsen, 2018, s. 372). Også her formuleres en null-hypotese som beskriver ingen sammenheng.

Våre respondenter i denne kvantitative undersøkelsen består av 112 helseansatte i ulike operative roller på enten sykehjem, hjemmetjeneste eller miljøtjenester fra utvalgte kommuner. Vi har ingen annen deskriptiv informasjon om respondentene enn hvilken formell

utdanningsbakgrunn og ansettelsesforhold de har. Populasjonen vi sammenligner med er alle helsearbeidere i kommunale helsetjenester.

Vi sammenligner grupper gjennomgående i våre hypoteser. Det er to perspektiver som er valgt å se spesielt på: ansatte med og uten høyere utdanning og ansatte med fast og ikke-fast ansettelsesforhold.

I det følgende tar vi for oss hver enkelt hypotese og presenterer våre funn fra surveyen.

4.2 Hypotese 1

“De fleste vil, uavhengig av utdanning og ansettelsesforhold, svare at kompetanseutvikling er viktig for helsearbeidere”

For å teste denne hypotesen har vi benyttet spørsmål nummer en, to og tre i surveyen.

Våre respondenter ble spurt om de kunne gradere viktigheten av at helsepersonell utvikler sin kompetanse på en skala fra 1 til 5, der 1 betyr “lite viktig” og 5 betyr “svært viktig”. Av 112 besvarelser var gjennomsnittsverdien 4,69. Dette tallet er meget høyt og betyr at de aller fleste av våre respondenter anser kompetanseutvikling som viktig.

Tabell 1:

Hvor viktig er kompetanseutvikling?	Antall	Minimum	Maximum	Gjennomsnitt
Alle respondenter	112	1	5	4,69

Hypotesen ble videre testet ut blant våre respondenter ved å se på forhold som *ansettelsesforhold* og *formelt kompetansenivå*. Det ble utført T-tester på utvalgene for sammenligning. Tabell 2 og 3 nedenfor viser gjennomsnittsskår og signifikansnivå.

Tabell 2 Utvalg: Utdanningsnivå

Kompetanseutvikling - hvor viktig?	Antall	Gjennomsnitt:	Signifikansnivå
------------------------------------	--------	---------------	-----------------

Fagskole/ufaglært/annet	65 stk	4,63	,275
Sykepleier/vernepleier	47 stk	4,77	

Som tabell 2 viser mener alle respondenter, uansett utdannelsesnivå, at det er viktig med kompetanseutvikling for helsepersonell. En kan skimte en liten forskjell blant de to gruppene på 0,08 poeng i favør av de fast ansatte, men det er likevel ikke så stor forskjell at det kan regnes som et signifikant funn.

Tabell 3 Utvalg: Ansettelsesforhold

Kompetanseutvikling - hvor viktig?	Antall	Gjennomsnitt	Signifikansnivå
Vikar i turnus/tilkallingsvikar/annet	35 stk	4,63	,516
Fast ansatt	77 stk	4,71	

Tabell 3 viser også høy gjennomsnittsscore uavhengig av ansettelsesforhold. Gruppen uten høyere utdanning hadde en gjennomsnittlig score på 4,63. Selv om gruppen med høyere utdanning scoret litt høyere, kan vi ikke si at det er signifikant forskjell med tanke på utdanningsnivå blant arbeidstakerne.

I vår undersøkelse fant vi små forskjeller i hvorvidt ansatte synes det er viktig å utvikle sin kompetanse. Gjennomsnittsscore for gruppene er 4,7 (utdanningsbakgrunn) og 4,67 (ansettelsesforhold). Det anslås som liten signifikant forskjell mellom gruppene. T-testene gir signifikansnivåer på ,275 (utdanningsbakgrunn) og ,516 (ansettelsesforhold) som betyr at funnene ikke er signifikante. Nullhypotesen forkastes og vi konkluderer med at alle ansatte, uansett ansettelsesforhold eller utdanningsbakgrunn, synes det er viktig med kompetanseutvikling.

4.3 Hypotese 2

“Ansatte med høy utdanning er mer motiverte for å utvikle seg faglig”

For å teste ut denne hypotesen er det benyttet spørsmål nummer en, to, fire og seks i surveyen, samt tabell 4 og 5.

Vi spurte våre respondenter om de selv har etterspurt kompetansehevende tiltak og om de har deltatt på kompetansehevende tiltak enten på eget initiativ, på arbeidsgivers initiativ eller begges initiativ. For å sjekke ut hypotese to er det sett på utdanningsbakgrunn og har her delt opp respondentene i to grupper: *høyskoleutdannede* og ansatte *uten høyskoleutdanning*. Målet vårt var å se på hvem som er mest motiverte for kompetanseutvikling.

De to følgende krysstabellene viser gjennomsnittsscore og signifikansnivå.

Krysstabellene er delt opp i to grupper, *høyskoleutdannede* og *uten høyskoleutdanning*.

De blir vurdert opp mot spørsmål seks og fire i surveyen. Ved å sammenligne disse mener vi å få et utgangspunkt for å si hvem som er mest motivert for å utføre kompetansehevende tiltak.

Tabell 4 Tar utgangspunkt i spørsmål seks i surveyen

Etterspurt kompetansetiltak selv?	Nei	Ja	Total	Signifikans
Fagskole/ufaglært/annet	28 stk	37 stk	65 stk	,004
	43,1 %	56,9%	100%	
Sykepleier/vernepleier	9 stk	38 stk	47 stk	
	19,1%	80,9%	100%	

Som man kan se av tabellen har 81% av alle høyskoleutdannede etterspurt kompetansehevende tiltak på eget initiativ. Omlag 57% av de med lav eller uten formell utdanning har gjort det samme. Motsatt vei kan man se at det er hele 43% av de med lavere eller uten formell utdanning som sier at de *ikke* har etterspurt selv, mens det samme gjelder 19

prosent av de med høyere utdanning. Tabellen viser tydelig at de med høyere utdanning har større tendens til å selv søke kunnskap. Pearson Chi-test viser signifikansverdi 0,004. Selv om signifikansverdien er relativt liten, mener vi at denne tendensen regnes som signifikant.

Tabell 5 Tar utgangspunkt i spørsmål fire i surveyen

Deltatt på kompetansehevende tiltak?	Ikke deltatt/ deltatt på arbeidsgivers initiativ	På eget initiativ/ på eget og arbeidsgivers initiativ	Total	Signifikans
Fagskole/ufaglært/annet	28 stk	37 stk	65 stk	,167
	43,1%	56,9%	100%	
Sykepleier/vernepleier	16 stk	68 stk	47 stk	
	39,3%	66%	100%	

Vi ønsket å se på (egen)motivasjon og delte derfor opp i to grupper:

1. De som *ikke* har deltatt på kompetansehevende tiltak og de som oppgir å ha deltatt på tiltak på arbeidsgivers initiativ (ikke eget initiativ)
2. De som har deltatt på kompetansehevende tiltak på *eget* initiativ og de som har deltatt på både eget og arbeidsgivers initiativ (viser noe egeninnsats)

Tendens til høyere egeninnsats går i favør av gruppen med høyere utdanning.

Signifikansverdien viser imidlertid at funnet ikke er signifikant, og kan altså ikke overføres til populasjonen.

Vår hypotese 2 blir bare delvis underbygget da vi kun kan si at ansatte med høy utdanning er mer motiverte til å utføre tiltak på eget initiativ. Det kan ikke med sikkerhet sies at gruppen

med høyere utdanning deltar signifikant mer på kompetansehevende tiltak enn de uten høyere utdanning til tross for at den samme gruppen i større grad etterspør tiltak.

4.4 Hypotese 3

“Fast ansatte er mer motiverte for å utvikle seg faglig”

Vi har benyttet spørsmål to, tre og fem i spørreundersøkelsen, samt tabell 6 og 7 for å besvare denne hypotesen. Krysstabellene nedenfor viser gjennomsnittsscore og signifikansnivå.

Oppsettet for å besvare denne hypotesen er lik oppsettet i hypotese to, men tar her utgangspunkt i ansettelsesforhold. Vårt mål er å finne ut om ansettelsesforholdet har noe å si for motivasjon i forbindelse med kompetanseutvikling.

Tabell 6 Tar utgangspunkt i spørsmål seks i surveyen

Etterspurt kompetansetiltak selv?	Nei	Ja	Total	Signifikans
Vikar i turnus/tilkallingsvikar	17 stk	18 stk	35 stk	,009
	48,6%	51,4%	100%	
Fast ansatte	20 stk	57 stk	77 stk	
	26%	74%	100%	

Tabellen viser overvekt av fast ansatte (74%) som etterspør kompetansehevende tiltak. Kun 51,4% av vikarer har gjort det samme. Nesten like mange vikarer (48,6%) har ikke selv etterspurt tiltak. Pearsons Chi-test viser signifikans $,018:2 = ,009$. Funnet regnes som signifikant og overførbart til populasjonen.

Tabell 7 Tar utgangspunkt i spørsmål 4 i surveyen

Deltatt på kompetansehevende tiltak?	Ikke deltatt/ deltatt på arbeidsgivers initiativ	På eget initiativ/ på eget og arbeidsgivers initiativ	Total	Signifikans
Vikar i turnus/tilkallingsvikar	18 stk	17 stk	35 stk	,038 (delt)
	51,4%	48,6%	100%	
Fast ansatt	26 stk	51 stk	77 stk	
	33,8%	60,7 %	100%	

Tendensen er lik når vi ser på resultatene for hvor mange av de fast ansatte som har utført kompetanseheving på eget initiativ sammenlignet med vikarene som har gjort det samme. Over 50% av vikarene har ikke deltatt på kompetansehevende tiltak mot rundt 34% prosent av de fast ansatte. En usikkerhet på 3-4% gjør at det er usikkert om dette funnet er overførbart til populasjonen.

Funnene våre i hypotese 3 viser at det er stor forskjell på hvem som etterspør kompetanseutviklende tiltak eller ikke. Hele 74% av de fast ansatte har etterspurt tiltak mens kun 51,4% av vikarene har gjort det samme. Funnet kan indikere at fast ansatte har mer ansvarsfølelse i jobben og eierskap til arbeidsoppgavene sine. Vår hypotese om at fast ansatte innehar mer motivasjon for kompetanseutvikling styrkes. Kji-test viser signifikansnivå ,038 og funnet regnes som signifikant og overførbart til populasjonen.

Når det gjelder hvem som deltar på eget initiativ er ikke forskjellen like tydelig. Her har kun 60,7% av de fast ansatte deltatt på kompetansehevende tiltak på eget initiativ. Riktignok har 48,6% av vikarene gjort det samme, noe som ikke er langt unna de 51,4% som har etterspurt tiltak. Det er overraskende mange, både fast ansatte (33,8%) og vikarer (51,4%), som ikke har deltatt eller kun har deltatt på tiltak i regi av arbeidsgiver. Dette funnet gjør at man kan stille spørsmål om hva som svekker motivasjonen for kompetanseutvikling. Chi-testen viser

imidlertid en signifikansverdi på ,038. En usikkerhet på 3-4% gjør at det er i grenseland for hvorvidt dette funnet er overførbart til resten av populasjonen.

Konklusjonen på hypotese 3 er at det virker som at fast ansatte er mer motiverte for kompetanseutvikling, men at det er en viss usikkerhet om hvorvidt fast ansatte faktisk deltar på mer kompetansehevede tiltak på eget initiativ. Hypotese 3 kan dermed kun delvis bekreftes.

4.5 Hypotese 4

“Ansatte med høy utdanning mener sjeldnere at leder skal styre deres kompetanseutvikling”

Hypotese nummer 4 tar utgangspunkt i spørsmål en og åtte i surveyen, samt tabell 8. Krysstabellene viser gjennomsnittsscore og signifikansnivå. Vårt mål er å finne ut om utdanningsbakgrunn har noe å si for hvor mye de ansatte ønsker at leder skal styre deres kompetanseutvikling.

Vi spurte våre respondenter om de kunne gradere fra 1 til 5 (1 betyr “lite viktig” og 5 betyr “svært viktig”) i hvor stor grad de ønsket at lederen skal styre hvilke kompetansehevede tiltak som skal gjennomføres. Utvalget i denne hypotesen tar utgangspunkt i utdanningsbakgrunn og derfor er det sammenlignet høyskoleutdannede med de som ikke har høyere utdanning. Av 112 besvarelser var gjennomsnittsverdien 3,43. Tabell 8 viser fordelingen av gjennomsnittsskår på de to ulike gruppene, samt signifikansverdi.

Tabell 8 Tar utgangspunkt i spørsmål 8 i surveyen

Skal leder styre kompetanseutviklingen?	Antall	Gjennomsnitt:	Signifikans
-----------------------------------------	--------	---------------	-------------

Fagskole/ufaglært/annet	65 stk	3,63	,022 (delt)
Sykepleier/vernepleier	47 stk	3,23	

Tabell åtte viser at det er en tendens til at de med høyere utdanning i mindre grad ønsker at leder skal styre hvilke kompetansehevende tiltak som skal gjennomføres sammenlignet med gruppen uten høyere utdanning. Funnet er i tråd med vår hypotese. Signifikansverdien er ,022 og kan i stor grad regnes som signifikant og overførbart til populasjonen.

Konklusjonen på hypotese 4 er at ansatte med høy utdanning i mindre grad ønsker at leder skal styre hvilke kompetansehevende tiltak som skal gjennomføres.

4.6 Hypotese 5

“Fast ansatte mener sjeldnere at leder skal styre deres kompetanseutvikling”

Hypotese 5 tar utgangspunkt i spørsmål en og åtte i surveyen, samt tabell 9.

Krysstabellene nedenfor viser gjennomsnittsscore og signifikansnivå. Oppsettet for å besvare denne hypotesen er lik oppsettet i hypotese 4, men tar her utgangspunkt i ansettelsesforhold. Vårt mål er å finne ut om ansettelsesforholdet har noe å si for hvor mye ansatte ønsker at leder skal styre deres kompetanseutvikling.

Tabell 9 Tar utgangspunkt i spørsmål åtte i surveyen

Skal leder styre kompetanseutviklingen?	Antall	Gjennomsnitt	Signifikans
-----------------------------------------	--------	--------------	-------------

Vikar i turnus/tilkallingsvikar/annet	35 stk	3,86	,003
Fast ansatt	77 stk	3,29	

Tabellen viser at fast ansatte er mindre opptatt av at leder skal styre deres kompetanseutvikling enn vikarer. Funnet styrker vår hypotese. T-testen viser signifikansverdi på ,003 og kan i stor grad regnes som signifikant og overførbart til populasjonen. Nullhypotesen forkastes og vi kan konkludere med at fast ansatte ønsker mindre grad av leders styring av kompetansehevende tiltak.

4.7 Hypotese 6

“Ansatte som har gjort en egeninnsats for kompetanseutvikling oppgir å ha fått mer lederstøtte”

For å besvare denne hypotesen har vi tatt utgangspunkt i spørsmål fire og ni i surveyen, samt tabell 10.

Hypotesen er sjekket ut med T-tester på følgende forhold: Støtte fra leder (spørsmål 9) knyttet til spørsmål 4 (deltakelse på eget initiativ, arbeidsgivers initiativ eller begges initiativ), og opplevelse av støtte fra leder (spørsmål 9) sett i sammenheng med spørsmål 6 (etterspørre tiltak selv).

Ved å se på disse forholdene i sammenheng mener vi å få svar på om lederstøtte går hånd i hånd med egeninnsats.

Tabell 10 og 11 viser en indeks med gjennomsnittsscore og signifikansnivå.

Inndelingen av deltakelse er som tidligere (se hypotese 2 tabell 5). Opplevelsen av lederstøtte viser gjennomsnittsverdi opplevelse av lederstøtte der respondenten kan skåre fra 1 til 5 der 1 betyr “i liten grad” og 5 betyr “i svært stor grad”.

Tabell 10 Tar utgangspunkt i spørsmål fire og ni i surveyen

Lederstøtte i forbindelse med deltakelse	Antall	Gjennomsnitt	Signifikans
Ikke deltatt/deltatt på arbeidsgivers initiativ	44 stk	3,66	,827
På eget initiativ/på eget og arbeidsgivers initiativ	68 stk	3,60	

Tabellen viser at de som ikke har deltatt eller kun har deltatt på arbeidsgivers initiativ opplever mer lederstøtte enn de som deltar på eget initiativ. Funnet er overraskende da det går i mot vår hypotese. Signifikansverdien er ,827 og er et signifikant funn i motsatt retning av vår hypotese. Signifikans på 83% gjør at nullhypotesen må beholdes.

Tabell 11 Tar utgangspunkt i spørsmål seks og ni i surveyen

Lederstøtte i forbindelse med å etterspørre tiltak selv	Antall	Gjennomsnitt	Signifikansverdi
Nei	37 stk	3,84	,231 (ikke delt)
Ja	75 stk	3,53	

Tabellen viser også her, overraskende nok, at de som *ikke* har etterspurt kompetansehevende tiltak opplever å få mer støtte fra sin leder enn de som har etterspurt tiltak på eget initiativ. Funnet regnes ikke som signifikant da forskjellen mellom gruppene er relativt liten. Også her må nullhypotesen tas i betraktning da en signifikansen går i feil retning av vår hypotese.

Vi kan ikke si å ha sett en sammenheng mellom leder og motivasjon i vår undersøkelse. Det kan synes som at det er egenmotivasjon som har mest betydning i denne sammenheng.

4.8 Hypotese 7

“Ansatte som har gjort en egeninnsats for kompetanseutvikling oppgir å ha hatt mer pådrivende ledere”

For å besvare denne hypotesen har vi benyttet spørsmål fire, seks og sju fra surveyen, samt tabell 12 og 13.

Hypotesen er sjekket ut med T-tester på følgende forhold: om lederen er en pådriver (spørsmål 7) knyttet til spørsmål 4 (deltakelse på eget initiativ, arbeidsgivers initiativ eller begges initiativ), og om lederen er en pådriver (spørsmål 7) sett i sammenheng med spørsmål 6 (etterspørre tiltak selv).

Ved å se på disse forholdene i sammenheng mener vi å få svar på om lederegenskaper går hånd i hånd med motivasjon hos arbeidstakerne.

Tabell 10 og 11 viser en indeks med gjennomsnittsskår og signifikansnivå. Inndelingen av deltakelse er som tidligere (se hypotese 2 tabell 5). Opplevelsen av å ha en pådrivende leder viser gjennomsnittsverdi av respondentenes respons de de kunne score fra 1 til 5 der 1 betyr “i liten grad” og 5 betyr “i svært stor grad”.

Tabell 12 Tar utgangspunkt i spørsmål 4 og 7 i surveyen

Er din leder en pådriver for kompetanseutvikling?	Antall	Gjennomsnitt	Signifikans
Ikke deltatt/deltatt på arbeidsgivers initiativ	44 stk	3,61	,053
På eget initiativ/på eget og arbeidsgivers initiativ	68 stk	3,15	

Tabellen viser at de som *ikke* har deltatt eller kun deltatt på arbeidsgivers initiativ, har en større opplevelse av å ha en pådrivende leder. Det er heller ikke signifikant forskjell de som

har deltatt og de som ikke har deltatt. Dette funnet taler mot vår hypotese. Funnet er ikke overførbart til populasjonen da signifikansverdien er på ,053.

Tabell 13 Tar utgangspunkt i spørsmål 6 og 7 i surveyen

Er din leder en pådriver? (Etterspurt selv)	Antall	Gjennomsnitt	Signifikans
Nei	37 stk	3,59	,116 (ikke delt)
Ja	75	3,20	

Også funnene i denne tabellen svekker funnene vår hypotese. Det er liten forskjell på de som har etterspurt kompetansetiltak og de som ikke har det i forbindelse med opplevelsen av å ha en pådrivende leder. Vi finner ikke signifikant forskjell mellom gruppene her heller, ei heller at funnene kan regnes som overførbart til populasjonen med signifikansverdi på ,116. Signifikansverdien går heller tvert imot vår hypotese.

Resultatet er at vi ikke kan bekrefte denne hypotesen med våre funn. Selv om vi med utgangspunkt i teori hadde antatt at ansatte med ledere som er pådrivere når det gjelder fagutvikling i større grad ville ta initiativ til kompetanseutvikling. Konklusjonen er at hypotese nummer 7 er falsifisert.

4.9 Oppsummering av hypotesene

Hypoteser		Våre funn
H1	<i>“De fleste vil, uavhengig av utdanning og ansettelsesforhold, svare at kompetanseutvikling er viktig for helsearbeidere”</i>	Funn viser at alle ansatte, uansett ansettelsesforhold eller utdanningsbakgrunn, synes det er viktig med kompetanseutvikling.
H2	<i>“Ansatte med høy utdanning er mer motiverte for å utvikle seg faglig”</i>	Våre funn tilsier at de med høyere utdanning har større tendens til å selv søke kunnskap (signifikant funn). Vi kan derimot ikke si at de med høyere utdanning faktisk deltar på mer kompetansehevende tiltak til tross for at den samme gruppen etterspør tiltak i større grad enn de uten høyere utdanning. Funnet er ikke signifikant for populasjonen.

H3	<i>“Fast ansatte er mer motiverte for å utvikle seg faglig”</i>	Funnene våre tilsier at fast ansatte spør signifikant mer etter kompetansehevende tiltak. Dette mener vi kan begrunnes med at fast ansatte har mer ansvarsfølelse i jobben og eierskap til arbeidsoppgavene sine. Når det gjelder hvem (av fast ansatte eller vikarer) som faktisk utfører kompetansehevende tiltak på eget initiativ, er ikke forskjellen like tydelig. En usikkerhet på 3-4% gjør at det er usikkert om en kan overføre dette til resten av populasjonen.
H4	<i>“Ansatte med høy utdanning mener sjeldnere at leder skal styre deres kompetanseutvikling”</i>	I undersøkelsen kommer det frem at ansatte med høy utdanning i mindre grad ønsker at leder skal styre hvilke kompetansehevende tiltak som skal gjennomføres.
H5	<i>“Fast ansatte mener sjeldnere at leder skal styre deres kompetanseutvikling”</i>	Våre funn viser at fast ansatte i er mindre grad ønsker at leder skal styre deres kompetanseutvikling.

H6	<p><i>“Ansatte som har gjort en egeninnsats for kompetanseutvikling oppgir å ha fått mer lederstøtte”</i></p>	<p>Våre funn viser at de som <i>ikke</i> har etterspurt kompetansehevende tiltak opplever å få mer støtte fra sin leder enn de som har etterspurt tiltak på eget initiativ. Det samme gjelder også de som ikke har deltatt på slike tiltak.</p> <p>Funnet går i mot vår hypotese.</p>
H7	<p><i>“Ansatte som har gjort en egeninnsats for kompetanseutvikling oppgir å ha hatt mer pådrivende ledere”</i></p>	<p>Funnene våre taler for at de som <i>ikke</i> har deltatt eller kun deltatt på arbeidsgivers initiativ, har en større opplevelse av å ha en pådrivende leder. Det er ikke signifikant forskjell de som har deltatt og de som ikke har deltatt. Våre hypotese svekkes.</p>

5 Analyse og diskusjon

Å analysere betyr at man bruker de innsamlede data (empiri) til å diskutere hvordan problemstillingen kan besvares. I fokus for analysen står sammenheng mellom problemstilling og empiri. I dette kapittelet vil vi diskutere våre funn opp mot aktuelt teoretisk fundament.

En analyse innebærer at man fortolker det empiriske materialet. I denne prosessen må man være kritisk og vurdere om vår tolkning av data er den eneste sanne. Det er surveyen som er grunnlaget for våre data, men disse dataene er sett i lys av våre hypoteser. I det følgende tar vi for oss tre hovedtema som fokus for analysen som vi diskuterer opp mot våre funn.

5.1 Motivasjonsfaktorer for kompetanseutvikling

Akkurat som vi antok, og i tråd med annen forskning, viser våre funn at de aller fleste helsearbeidere mener at kompetanseutvikling er viktig for ansatte i helse- og omsorgssektoren.

At dette resultatet i så høy grad svarte til vår forventning regner vi med dreier seg om arbeidsfeltet vi har forsket i. Som vi har beskrevet tidligere er det høy endringstakt i helse- og omsorgssektoren. Typisk for denne sektoren er som Høst skriver (2014, s. 14), den er preget av standardisert kompetanse, avhengig av hvilken profesjon de ansatte hører til. Kompetanse styrer hvilke oppgaver og ansvar de ansatte kan/skal utføre. En annen faktor som må påpekes er at arbeidsoppgaver ofte er av kritisk art, det vil si at eventuelle feil og avvik kan få alvorlige konsekvenser for både pasienten, den enkelte ansatt og for arbeidsplassen.

Selv om vi har fastslått at alle ansatte synes det er viktig med fagutvikling, trenger ikke det å være ensbetydende med høy motivasjon for deltagelse på kompetansehevende tiltak. I hypotese to og tre så vi både på utdanningsbakgrunn og ansettelsesforhold som variabler i denne forbindelse. Når det gjelder utdanningsbakgrunn viser våre funn at ansatte med høyere utdanning er mer tilbøyelig til å selv etterspørre kompetansehevende tiltak i større grad enn de med lavere eller ingen utdanning. Dette kobler vi opp mot at de med høyere utdanning har større egenmotivasjon til fagutvikling i kraft av sin profesjon. Dette er et funn som er i tråd med kompetanseulikhetsens jernlov, som Nordhaug (2004) har beskrevet, og som ofte

diskuteres når man ser på fenomenet ved at de som har mest utdanning fra før ønsker mer. Når vi undersøkte om den samme gruppen hadde deltatt på kompetansehevede tiltak, kunne vi ikke finne at gruppen med høyere utdanning faktisk gjennomfører tiltak i større grad enn de med lavere utdanning. I våre funn kom det frem at det var hele 81% av syke- og vernepleierne som hadde etterspurt tiltak, mens kun 66% av den samme gruppen hadde gjennomført tiltak. Dette kan virke som en unaturlig sammenheng. Vi spør om dette kan ha sammenheng med at tiltak som tilbys gjelder alle på arbeidssedet og ikke til spesifikke grupper? Hvis det er slik det henger sammen, kan det bety det at arbeidsplassen ikke satser spesielt på fagutvikling som henger sammen med profesjonsstandard.

Da vi så på ansettelsesforhold som en variabel, fant vi tendens til at egeninnsats til å delta på fagutvikling i større grad gjaldt gruppen som har fast ansettelse, men sammenlignet med hvem som faktisk hadde deltatt var ikke forskjellen like tydelig. Vi konkluderte i hypotese tre med at det er forskjell på hvem som etterspør kompetansehevede tiltak og hvem som ikke har gjort det. Hele 74% av de fast ansatte har etterspurt tiltak mens kun 51,4% av vikarene har gjort det samme. Funnet kan indikere at fast ansatte har mer ansvarsfølelse i jobben og eierskap til arbeidsoppgavene sine.

Det er mer interessant å se på hvem som *ikke* har deltatt på tiltak. Det er overraskende at over halvparten (51,4%) av vikarene ikke har deltatt på tiltak eller deltatt kun på tiltak i arbeidsgivers regi. Dette til tross for at like mange vikarer (51,4%) har etterspurt kompetanseutvikling. Vi tror at det kan ligge ulike forklaringer bak et slikt funn. For det første kan det handle om at fast ansatte innehar mer ansvarsfølelse for sine arbeidsoppgaver i og med at de ofte tillegges mer oppfølgingsansvar for pasientene enn vikarene. For det andre kan det handle om at vikarene får andre (lettere) oppgaver enn fast ansatte da man ikke forventer at vikarer skal klare å følge opp arbeidsoppgavene på samme måte som en fast ansatt. Dette handler om kontinuitet i jobben. Vikarer er innom arbeidsplassen med ulike mellomrom og har kanskje flere arbeidsplasser, noe som kan resultere i lavere tilknytning til arbeidsplassen. Dette samsvarer med funn som Strømsheim (2018) har beskrevet fra forskning som har vært gjort på vikarer i vikarbyrå; de har en løsere kobling til arbeidsplassen enn de fast ansatte. For det tredje kan det handle om kultur på arbeidsplassen. Fagutvikling er kostbart og arbeidsplassene vil nok først og fremst satse på de fast ansatte som skal utføre

arbeidsoppgavene på fast basis. Vikarer blir ofte leid inn for å sikre driften mens de fast ansatte deltar på kompetansehevede tiltak, som for eksempel fagkurs. I et kynisk kostnadsperspektiv kan man si at arbeidsgiver få mindre igjen for å satse på vikarer som kanskje kun er innom arbeidsplassen nå og da.

For det fjerde kan man tenke seg at en vikar kan synes det er vanskelig å kreve noe ekstra fra arbeidsgiver da det sjelden forventes eller stilles krav fra arbeidsgiver om høy kompetanse for å utføre arbeidsoppgaver en gang i blant.

Vi har kalt dette kapittelet “motivasjonsfaktorer for kompetanseutvikling” fordi vi antar at det er ulike årsaker til at ansatte etterspør kompetanseutvikling. I denne undersøkelsen har vi sett på utdanningsbakgrunn og ansettelsesforhold som motivasjonsfaktorer. Vi har stadfestet ved våre funn at både utdanningsbakgrunn og ansettelsesforhold spiller en rolle for om man er interessert i å utvikle sin kompetanse, men det er ikke det samme som at man faktisk deltar signifikant mer på tiltak på eget initiativ.

5.2 Ønsker ansatte at leder styrer kompetanseutviklingen?

I studien vår kommer det frem at det både ansatte med høy utdanning og fast ansatte sier at de i mindre grad ønsker at leder skal styre deres kompetanseutvikling. Når det gjelder ansatte med høy utdanning ser vi det i sammenheng med at høyere utdanning gir mer autonome ansatte som i større grad ønsker høy grad av påvirkningskraft. Vi har tidligere vist til Høst (2014) som beskriver at et kjennetegn ved helse- og omsorgstjenesten, er høyt utdannede ansatte og dermed har høy grad av autonomi. Dette kan forklare hvorfor vi har fått som resultat at de med høyest utdanning ønsker minst at deres leder skal styre deres kompetanseutvikling.

I artiklene som vi tidligere har vist til, Glad et al.(2017) og Olsen et al. (2017), kom det frem at sykepleiere ønsket mer involvering fra ledere når det gjelder fagutvikling. Slik vi ser det er involvering noe annet enn at leder skal aktivt styre hvilke kompetansehevede tiltak ansatte skal gjennomføre. Det blir dermed vanskelig å se en direkte sammenheng her da man kan ha ulik begrepsforståelse. Siden vi har valgt å samle inn kvantitative data kan vi ikke være sikre på at det blant ansatte som ønsker mindre av leders kompetansestyring faktisk handler om at

de vil styre dette selv. Det kan være nyanser i dette som vi ikke får frem som en følge av metodevalget.

I hypotese 5 sammenlignet vi ansettelsesforhold med leders styring. Våre funn viser at fast ansatte i mindre grad ønsker at leder skal styre deres kompetanseutvikling. En forklaring på dette kan være, som vi har forklart tidligere, at fast ansatte har mer eierskap til jobben og arbeidsoppgavene sine, og at de på grunn av kontinuiteten i jobben selv ser hvilken kompetanseutvikling som behøves. Vikarene, derimot, var mer tilbøyelige til å la leder styre kompetanseutviklingen. En forklaring til dette kan være at vikarer har større behov for at noen peker ut retning for hva de skal fokusere på, da de ikke har det fulle bildet på avdelingen slik som fast ansatte har.

Vi har ikke spurt våre respondenter om hvor lenge de har vært ansatt i den jobben de har nå. Det kan godt tenkes at nyansatte ville ha svart likt som vikarene på det å få hjelp til å styre sin kompetanseutvikling. Vi kan bruke Strømsheim (2018) som eksempel. Hun forklarte at vikarer har lavere tilknytning til arbeidsplassen enn fast ansatte har. I så tilfelle kan det tenkes at nyansatte som enda ikke har fått “nok” tilknytning til arbeidsplassen, ville svart ganske likt som vikarer da de heller ikke har stor nok tilknytning til arbeidsplassen. Dersom vi hadde tatt med arbeidsforholdets lengde som en variabel, kunne kanskje resultatet sett annerledes ut.

5.3 Lederstøtte ved kompetanseutvikling

I ledelsesteorien har man blant annet sett på kjennetegn ved lederen som en faktor for ansattes og avdelingens effektivitet. I så tilfelle kan man si at det kan være egenskaper ved lederen som avgjør hvorvidt en ansatt eller avdeling, har (eller får) motivasjon til for eksempel fagutvikling eller annen kompetanseheving. I ledelseslitteraturen nevnes det ofte at “støtte fra leder” er en viktig faktor for ansattes motivasjon, vilje og ønske om utvikling. Lederstøtte som fenomen har vi derimot ikke funnet tydelig definert innenfor ledelsesteorien. Slik vi kan se det, og som også er i tråd med undersøkelser gjort på feltet, ønsker gjerne ansatte “støtte fra sin leder”. Vi ba våre respondenter om å rangere sin opplevelse av å få støtte fra sin leder i forbindelse med kompetansehevingstiltak, dette fordi vi ville finne ut i hvor stor grad leders rolle er viktig for motivasjonen til fagutvikling. Svarene ble sett i

sammenheng med det å etterspørre tiltak på eget initiativ og om man hadde deltatt på kompetansehevende tiltak eller ikke. Funnene overrasket oss da vi hadde tenkt at det var en logisk sammenheng mellom de som hadde deltatt på kompetansehevende tiltak på eget initiativ og opplevd lederstøtte. Funnene i denne undersøkelsen viser at de som *ikke* har deltatt på kompetansehevende tiltak opplever mer støtte fra sin leder enn de som har deltatt på tiltak på eget initiativ. Dette funnet virker å gå imot teorien da man skulle tro at “støtte fra leder” ville være en motivasjonsfaktor, jamfør Maslows behovspyramide. Det å bli sett og hørt er et grunnleggende behov for menneskes trivsel og motivasjon og noe vi til stadighet hører ansatte ytre ønske om. Det er da nærliggende å tro at leders positive innstilling vil være utslagsgivende for fagutvikling i jobben. Kaufmann & Kaufmann (2009) bekrefter også dette ved å si at det er individuelle forskjeller for behov for kompetanseutvikling, noe som betyr at lederen må utforske behovet hos den enkelte ansatte og gi den støtte for å øke motivasjon til å delta i kompetansehevende tiltak. Våre funn, (se kapittel 4.6), kan tyde på at det ikke nødvendigvis er leders støtte til enkeltansatte, altså det individuelle fokuset, som har mest å si for om ansatte har motivasjon til fagutvikling eller ikke.

Også vår hypotese 7 ble falsifisert. Vår studie viser at effekten av leder som pådriver for kompetanseutvikling har en negativ effekt på ansattes egenmotivasjon til å gjennomføre kompetansetiltak. Funnene i forbindelse med hypotese 7 kan tolkes som at de som *ikke* har deltatt eller kun deltatt på arbeidsgivers initiativ, har en større opplevelse av å ha en pådrivende leder. Riktignok er det ikke signifikant forskjell mellom de som har deltatt på tiltak og de som ikke har det, men gir oss en ny pekepinn på hva ansatte *ikke* ønsker fra sine ledere. En forklaring på dette kan være at lederen utfordrer ansattes autonomi ved å aktivt styre deres kompetanseutvikling. Svaret kan altså være så enkelt at det dreier seg om at ansatte vil bestemme selv. Dette er i så fall i tråd med Høst (2014) som skriver om autonomi blant ansatte i helsevesenet. Einarsen og Skogstad (2000) presiserer at utstrakt motivering av autonome ansatte kan virke mot sin hensikt. Det kan for eksempel bety at det oppfattes som mas når lederen bruker utstrakt motivering. Det som i utgangspunktet skulle være et ledd for å virke motiverende, har heller en demotiverende virkning på ansatte. I studiet som Kuvaas og Dysvik (2012) viste til, der det ble forsket på kilder til indre motivasjon, konkluderte med at jobba autonomi og støttende ledelse ga høyest uttelling for ansattes motivasjon. Autonomi i arbeidssammenheng handler ikke bare om å være fri til å styre arbeidet, det handler like mye om følelsen av anerkjennelse og opplevd tillit. Hvis vi tar dette i betraktning kan en

pådrivende leder oppfattes som negativt fordi det kan virke truende på ansattes autonomi og integritet.

Funnene tilknyttet hypotese 6 og 7 overrasket oss, og gir oss også en pekepinn om at forholdene mellom ansatt, leder og arbeidsplass er mer komplekst enn vi først antok. Funnene våre viser at “lederstøtte” og det å være en “pådrivende leder” ikke alltid har en motiverende effekt på de ansatte. Det kan oppfattes som mas eller at man ikke er pådriver på den rette måten. Dette gjør at sammenhengene ikke synes så enkle som vi hadde trodd. Vårt metodevalg gjør at vi har begrenset informasjon på området, men alle våre funn sett sammen gjør at det virker heller som at det er den indre motivasjonen som teller mest for hvem som gjør kompetansehevede tiltak.

Avslutningsvis i dette kapitlet viser vi til Olsen et al. (2017) som konkluderte i sin undersøkelse med at det er behov for ledelsens støtte i form av hjelp til å finne læringsarenaer, finne former læringen skal skje i og involvering og tilrettelegging på flere nivåer. Dette kan bety at det er mer viktig med systemisk støtte, altså tilrettelegging for rammene rundt kompetanseutviklingen, enn den individuelle oppfølgingen. Det kan være årsaken til at våre respondenter ikke har gitt oss de svar som vi forventet.

6 Konklusjon og avslutning

Oppgavens hovedfokus er ansattes kompetanseutvikling i kommunale helsetjenester. I den kvantitative studien har våre respondenter vært ansatte i ulike kommuners helse- og omsorgstjenester. Målet med studien har vært å se om det finnes faktorer som kan påvirke motivasjon til å gjennomføre kompetansehevende tiltak og se på ansattes opplevelse av lederstøtte.

I dette avsluttende kapittelet av masteroppgaven vil vi med bakgrunn i våre funn fra analysen gi mulige konklusjoner på studiets problemstilling. Avslutningsvis vil vi trekke fram noen av undersøkelsens funn som vi ønsker å diskutere videre som praktiske implikasjoner.

6.1 Konklusjon

Undersøkelsen vår viser at samtlige respondenter mener at kompetanseutvikling er viktig for ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er liten forskjell på om ansatte er på midlertidige kontrakter eller har fast arbeid, og gjelder også når man ser på utdanningsnivå. Dette viser at vi har valgt å belyse et tema som er svært aktuelt. Fagutvikling skjer ikke automatisk, det er ledere som motiverer og er pådrivere og det er ansatte med høyt engasjement som etterspør faglig påfyll. Det har derfor vært svært interessant å forske på hvilke mekanismer som kan påvirke motivasjonen.

Kommunale helse- og omsorgstjenester skiller seg fra andre arbeidsplasser ved at oppgavene som skal utføres styres av krav utenfra. Myndighetene legger føringer for hvilke oppgaver som skal prioriteres eller jobbes med. I tillegg legger også pasient- og brukergruppen føringer på bakgrunn av sine behov, noe som innebærer at kompetansekravet i disse tjenestene varierer. I tillegg er det en ønsket og overordnet politikk at flest mulig skal få hjelp i kommunen. Det betyr at pasienter utskrives tidligere fra sykehus og har mer komplekse utfordringer enn før. Dette stiller selvsagt større krav til tjenestene og den enkelte ansatt. Med dette stilles det krav til ledere som har ansvar for å organisere tjenestene og sikre at tjenestene utføres forsvarlig og av kvalitetsmessig standard.

I studien kom det frem at ansatte med høyere utdanning er mer tilbøyelig til selv å ta initiativ til å utvikle seg faglig. Dette funnet står i forhold til teori vi har brukt som grunnlag. Vi kunne

ut fra våre funn si at gruppen med høyere utdanning av den grunn deltar mer på kompetansehevede tiltak.

Ansettelsesforholdet kan også påvirke graden av motivasjon til fagutvikling. Arbeidstakere med fast ansettelse etterspør tiltak som kan gi dem faglig påfyll. Dette er en markant forskjell fra vikarene. Vi har konkludert med at dette henger sammen med tilhørighet og ansvarsforhold til arbeidsplassen. Selv om fast ansatte i større grad ønsker å utvikle seg faglig, så sier studien vår ikke at de faktisk gjennomfører kompetansehevede tiltak i større grad enn de som er midlertidig ansatt.

Kompetanse i helsevesenet er en kritisk ressurs. Det er også dyrt og ressurskrevende fordi det koster både å anskaffe og vedlikeholde kompetansebeholdningen. For lederen er det en viktig oppgave å være en motivator for arbeidstakerne. Som vi har påpekt tidligere er det ulikt hva som motiverer oss, det er dermed viktig at leder har god kjennskap til hvilke faktorer som hemmer og hva som fremmer motivasjon hos den enkelte.

Lederstøtte og en leder som er pådriver for kompetanseutvikling er faktorer som vi i utgangspunktet tenkte ville være viktig for motivasjonen til ansatte. Lederens måte å stimulere til fagutvikling på kan ha avgjørende betydning for hvorvidt det utgjør en positiv effekt eller har en negativ innvirkning på ansattes motivasjon. Dette viser også vår studie, men vi har undret oss på om det kan ha sammenheng med at ansatte og leder har ulik oppfatning av hva lederstøtte er. Vi kan i alle fall konkludere med at lederens måte å være pådriver på ikke er uten betydning.

6.2 Praktiske implikasjoner

I vår studie har vi fokusert mest på forholdet mellom leder og ansatte, altså faktorer som lett kan påvirkes. Det er ikke sagt noe om organisatoriske faktorer, noe som kan være minst like viktig. Her dreier det seg om hvordan kompetanseutvikling foregår og henger sammen med arbeidsoppgavene. Dersom fagutvikling ikke pågår i en planlagt prosess, er det stor sjanse for at de ansatte ikke opplever mening i å utvikle seg. Enten fordi de ikke får brukt sin kompetanse, eller fordi tilbud om kompetanseutviklende tiltak ikke er i tråd med behovene hos den enkelte. Våre funn viser at det trolig ikke er forholdet mellom leder og ansatte som

har størst betydning for om man lykkes med kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenester. I andre undersøkelser gjort på feltet har det blitt nevnt at ansatte savner et miljø og en arena der kompetanseutvikling skal foregå, samt at kompetanseutviklingen må skje til riktig tid (Olsen et al., 2017). Dette gir et godt bilde på hva ansatte i helse- og omsorgstjenester ønsker og trenger. Det må skapes en kultur for kompetanseheving i kommunale helsetjenester, men det kan innebære at man i tjenestene må vurdere å organisere driften på en annen måte enn det det gjør i dag. Slik at det for det første skapes rom og anledning for fagutvikling, og for det andre at fagutvikling skjer i tråd med de ulike profesjoners ansvarsområder. På den måten kan man få godt nok utnyttet de ressurser man allerede har i ansattgruppen. Dette kan også medføre at å jobbe i kommunale helse- og omsorgstjenester oppfattes som mer attraktivt enn det det gjør i dag.

6.3 Avslutning

Vår egen erfaring fra feltet tilsier at kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester er et tema som bør løftes opp og fram i lyset. Kompetanse er viktig fordi det danner grunnlaget for hvordan helsepersonell utøver yrket sitt. Som tidligere nevnt består arbeidet i kommunal helse- og omsorgssektor av å yte tjenester til mennesker som har stadig mer komplekse sykdomstilstander. Personalet som skal behandle pasienter/brukere samtidig som det stilles stadig større krav til effektivisering. Hvis helsevesenet skal utføre sitt samfunnsoppdrag, vil kravet til omstillingsevne også øke.

En ny generasjon arbeidstakere har andre holdninger til sin arbeidsplass. Tidligere ble det sett på som et stabilt tegn dersom ansatte hadde samme arbeidsplass over mange år. Nå er det en trend at ansatte oftere bytter arbeidssted, noe som fører til at tjenestene må bygge kompetanse på nytt.

På den ene siden er kompetanseutvikling viktig for arbeidsplassen, knyttet opp mot å være i stand til å utføre arbeidsoppgavene. . Ikke bare i en nå-situasjon, men tilstrekkelig til å være rustet for fremtidige behov. På den andre siden er det viktig for den enkelte medarbeider som skal mestre kravene de møter i arbeidshverdagen og samtidig ha mulighet til å utvikle seg faglig.

Videre forskning vil være interessant spesielt dersom man tar utgangspunkt i det vi oppfatter som usikkerhetsmomenter. Vi hadde en antagelse om at leders rolle var viktigere enn det som kom frem i studien. Å samle inn kvantitative data begrenser muligheten til å få gode begrunnelser for hvorfor lederstøtte ikke hadde så stor effekt på motivasjonen som vi hadde lagt til grunn i våre hypoteser. Forskning på samme felt, men med ulik metode kan utfylle vår studie. En annen interessant vinkling vil være å gjøre en komparativ studie i et annet fagfelt. Da vil man se om våre funn er representative for andre yrkesgrupper.

Referanser

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmilj%C3%B8loven>

Arntzen, E. (2014). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten - Arbeidsglede og orden i eget hus*. Oslo: Gyldendal akademisk

Arnulf, J. K. (2012). *Hva er ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget

Bass, B.M. (1990). *Bass and Stogdills handbook of Leadership*. Thousand oaks, CA: Sage

Bass, B.M. (2016). Lederskap. I Martinsen, Ø.L (red), *Perspektiver på ledelse* (21-38) (4. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Christoffersen, S.A (2011). Profesjonsetikk som dømmekraft. I Christoffersen, S.A. (Red.) *Profesjonsetikk. Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (s.65-88). Oslo: Universitetsforlaget

Einarsen, S. & Skogstad, A. (2015). *Ledelse på godt og vondt*. (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget

Einarsen, S. & Skogstad, A. (2000). *Det gode arbeidsmiljø - krav og utfordringer*. Bergen: Fagbokforlaget

Engesbak, H. & Finbak, L. (2005). Mye vil ha mer - om deltakelse i etter- og videreutdanning. *Samfunnsspeilet*, 2005/3. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/mye-vil-ha-mer-om-deltakelse-i-etter-og-videreutdanning>

EVU utvalget (2019 8. mai). *Kunnskapsgrunnlaget - Deltakelse i videreutdanning*. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/849b377650a449d599d80835e74805ed/no/sved/02.pdf>

Glad, T., Olsen, T.H., & Clancy, A. (2017). Promoting nursing competence in municipal healthcare services: An interview study of experienced nurses' perceptions. *Nordic journal of nursing research*, 38(3), 135-142. Doi: 10.1177/2057158517721833

Grimsbø, R. E. (2011) *Personaladministrasjon – Teori og praksis*, (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Haukedal, W. (2000). Ledelse og kunnskapsarbeid: Motivering av autonome arbeidstakere. I Einarsen & Skogstad (Red.), *Det gode arbeidsmiljø - krav og utfordringer* (s. 55-77). Bergen: Fagbokforlaget, 2000

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>

Hjort, K., Kristiansen, A., & Barkholdt, N.C. (red.) (2018). *Profesjonsetikk. Velferdsarbeid for g med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk

Hovedtariffavtalen. (2018). Hovedtariffavtalen KS-området. Tariffperioden 1.5.2018-30.4.2020. Hentet fra <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/lonn-og-tariff/hovedtariffavtalen1.5.2018-30.4.2020>.

Høst, T. (2014). *Ledelse i helse- og sosialsektoren* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Jacobsen, D.I. (2018) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2009). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Kuvaas, B. & Dysvik, A. (2012). *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser - Evidensbasert HRM*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Lai, L. (2013) *Strategisk kompetanseledelse*. (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Martinesen, Ø.L. (2009). *Perspektiver på ledelse*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk

- Martinsen, Ø. L. (2015). Å forske på ledelse. I Martinsen Ø.L (red.), *Perspektiver på ledelse* (s. 91-123) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nordhaug, O. (2002). *LMR – Ledelse av Menneskelige Ressurser – Målrettet personal og kompetanseledelse*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Nordhaug, O. (2004) *Strategisk kompetanseledelse*. Oslo: Universitetsforlaget
- Olsen, T.H, Glad, T. & Filstad, C. (2017). Learning to learn differently. *Journal of Workplace Learning*, 30(1), 18-31. doi:10.1108/JWL-04-2017-0032
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Skau, G. M. (2011) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk
- Skogstad, A. (2000). Psykososiale faktorer i arbeidet. I Einarsen, S. & Skogstad, A. (red.), *Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer* (s. 15-34). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Skogstad, A. (2015). Effektiv og ivaretagende ledelse: Viktige perspektiver og modeller. I Einarsen, S. & Skogstad, A. (red.), *Ledelse på godt og vondt*. (s. 15-45). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Spurkeland, J. (2009). *Relasjonsledelse*. (3. utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Spurkeland, J. (2020). *Relasjonskompetanse*. (3.utg) Oslo: Universitetsforlaget
- Steenberg, D., Kjølrsrud, E. & Quinteros, R. (2018). Etikk og robusthet. I Hjort, Kristiansen & Barkholdt (Red.), *Profesjonsetikk. Velferdsarbeid for og med mennesker* (s. 52-65). Oslo: Gyldendal akademisk
- Strømsheim, G. (2018 18. mai). Vikarer blir kasterballe i et komplisert arbeidsliv. Hentet fra <https://forskning.no/arbeid-universitetet-i-oslo-partner/vikarer-blir-kasterballe-i-et-komplisert-arbeidsliv/268057>

Velten, J., Tengblad, S., & Heggen, R. (2016). *Medarbeiderskap. Hva som får folk til å ta ansvar og vise initiativ*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Yukl, G. (2013). *Leadership in organisations* (7.utg). New Jersey: Pearson Prentice-Hall

YERH. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for helsefagarbeidere. Hentet fra <https://delta.no/yrke/helsefagarbeidere-i-delta/yrkesetiske-retningslinjer-for-helsefagarbeidere-i-delta>

YERS. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere>

YERV. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for vernepleier. Hentet fra <https://delta.no/yrke/vernepleierforbundet/yrkesetiske-retningslinjer-for-vernepleierforbundet-i-delta>

Vedlegg 1 – Spørreundersøkelse

29.5.2020

EasyQuest - Undersøkelse om kompetanseutvikling i primærhelsetjenesten



*Kryss av hvilken utdanningsbakgrunn du har:

- 3-årig høgskoleutdanning eller mer
- Fagskoleutdannet
- Ufaglært, men har realkompetanse
- Annet, spesifiser her:

*Hvilket ansettelsesforhold har du idag?

- Fast ansatt
- Vikar i fast turnus
- Tilkallingsvikar
- Annet, spesifiser her:

*Hvor viktig mener du det er at helsepersonell utvikler sin kompetanse?

Angi ditt svar fra 1 til 5, der 1 betyr "lite viktig" og 5 betyr "svært viktig".

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

***Har du deltatt på kompetansehevende tiltak i din nåværende jobb? (Eks. kurs, e-læring, seminar/konferanse, faglunsj, intern eller ekstern veiledning etc) Flere svaralternativer er mulig.**

Ja, på arbeidsgivers initiativ

Ja, på eget initiativ

Nei, har ikke deltatt

***Hvilke kompetansehevingstiltak har du deltatt på siden du begynte i din nåværende jobb?**

Kurs med foreleser

Konferanse/seminar

E-læring

Faglunsj

Intern veiledning

Ekstern veiledning

Annet, spesifiser her:

***Har du selv etterspurt konkrete tiltak som kan øke din kompetanse?**

Ja

Nei

***Er din leder en pådriver for kompetanseheving og fagutvikling? Angi ditt svar fra 1 til 5, der 1 betyr "i liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".**

1

2

3

4 5

***I hvor stor grad ønsker du at din leder skal styre hvilke kompetansehevede tiltak du skal gjennomføre? Angi ditt svar fra 1 til 5, der 1 betyr "i liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad".**

 1 2 3 4 5

***I hvor stor grad opplever du støtte fra din leder dersom du selv ønsker å delta i kompetansehevede tiltak? Angi ditt svar fra 1 til 5, der 1 betyr "i liten grad" og 5 betyr "i svært stor grad"**

 1 2 3 4 5

Takk for din deltakelse!

Dette er en anonym besvarelse. Det vil si at utsteder ikke kan koble dine svar mot din identitet.
Powered by EasyQuest (<http://www.easyquest.com/no/>)

