

En kvalitativ studie av kompetansebygging og kollektiv læring blant helsefagarbeidere i kommunal pleie og omsorgstjeneste.

---

A qualitative study of competence building and collective learning amongst health workers in primary care and nursing services.

Pia Kristine Kristensen, Masteroppgave 2012.

Veileder: Einar Marnburg.

## **Forord**

Tre spennende og lærerike år på skolebenken går mot slutten og masteroppgaven er på en måte ett symbol på det. Det har vært tre år som blant annet har gitt meg nye bekjenskaper, hardt arbeid, økt studielån, nye erfaringer, og ikke minst ny lærdom. Summen av dette håper jeg har gjort meg litt klokere og mer ydmyk for alt jeg ikke vet.

Det er flere som skal takkes for at denne oppgaven er vel i havn:

- Alle respondenter som tok seg tid til å dele av sine erfaringer, uten dere hadde det ikke blitt noen studie.
- Min arbeidsgiver som har lagt til rette for at jeg har kunne studert ved siden av jobb.
- Professor Einar Marnburg som har fått meg til å tenke, analysere, reflektere og frustrere. Din tålmodighet, støtte og ikke minst konstruktive tilbakemeldinger har vært helt uvurderlig for meg. Tusen takk!
- Ørjan min samboer- uten deg hadde ikke tiden og motivasjonen strukket til. Takk for din tålmodighet, forståelse, ekstra innsats i familiemaskineriet og grundige korrekturlesning.

Sandnes, november 2012

Pia Kristine Kristensen.

## Innhold

Sammendrag .....	5
Summary .....	6
1.0 Introduksjon .....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Tidligere forskning .....	9
1.3 Avgrensning av oppgaven .....	10
1.4 Begrepsavklaring .....	10
1.5 Hensikten med studien .....	11
1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	11
1.7 Oppgavens struktur .....	12
2.0 Teoretisk rammeverk .....	13
2.1 Hvilken kunnskap har vi om læring? .....	14
2.2 Kognitiv læringsteori .....	15
2.2.1 Kognitiv sosial læringsteori .....	16
2.3 Formell læring .....	17
2.4 Uformell læring .....	17
2.5 Taus kompetanse .....	18
2.6 Privat og kollektiv kompetanse .....	19
2.7 Den individuelle lærings sirkel .....	20
2.8 Læringsprosesser .....	23
2.9 Den organisatoriske lærings sirkel .....	25
2.9.1 utfordringer i hjemmesykepleien basert på lærings sirkelen .....	27
3.0 Metode .....	30
3.1 Valg av kvalitativ metode .....	30
3.2 Utvalg av respondenter .....	31
3.3 Det kvalitative forskningsintervju .....	32
3.4 Utarbeiding av intervjuguide .....	33
3.4.1 Gjennomføring av intervjuet .....	34
3.5 Dataanalyse .....	35
3.6 Validitet og reliabilitet .....	36
4.0 Presentasjon av resultater .....	39
4.1 Motivasjon og vilje til utvikling .....	40
4.1.1 «Kollegaene mine må selv ta ansvar for egenutvikling og læring» .....	41

4.1.2 «Ved mangel på sykepleier er vi gode nok».....	42
4.1.3 «Kravene til oss øker, i takt med behovet». ....	44
4.2 Hvor godt fungerer organisatoriske læringsprosesser. ....	46
4.2.1 «Det er ikke alltid det blir som man vil, men vi tar det opp til diskusjon». ....	46
4.2.2 «Ledelsen gjør så godt de kan». ....	48
4.2.3 «Hva har man igjen for ett kurs?». ....	49
5.0 Drøfting.....	51
5.1 Resultatene sett i lys av den organisatoriske læringssirkel.....	52
5.1.1 Sosialiseringprosessen. ....	53
5.1.2 Eksternaliseringsprosessen. ....	55
5.1.3 Kombinasjonsprosessen. ....	56
5.1.4 Internaliseringsprosessen.....	58
5.2 Ledelsesmessige utfordringer og anbefalinger.....	61
6.0 Kritisk refleksjon .....	63
7.0 Konklusjon .....	65
7.1 Implikasjoner for videre forskning.....	66
8.0 Litteraturliste.....	67

**Tabell-liste**

Tabell 1- Læringsprosessen

Tabell 2- Kategorisering av resultater

Tabell 3- Oppsummering av resultater

**Figur-liste**

Figur 1- Kompetansereservoarene

Figur 2- Individuelle læringssirkel

Figur 3- Organisatoriske læringssirkel

**Vedlegg**

Vedlegg 1- Forespørsel om deltakelse i studien

Vedlegg 2- Brev NSD

Vedlegg 3- Intervjuskjema

## Sammendrag

I en tid der kravene fra brukerne/pårørende øker, antallet eldre blir større og samfunnsutviklingen går raskere, er det avgjørende at helsevesenet evner å yte en tjeneste preget av kvalitet og effektivitet. Samtidig skal virksomhetene være en attraktiv arbeidsplass. Med det som forventes av oss i dag, og det som vil bli stilt krav om i framtiden er det nødvendig at medarbeiderne er nytenkende, lære- og endringsvillige.

*Hensikten* med studien var å få ett innblikk i en yrkesgruppe der det er gjort relativt lite forskning på, nemlig på helsefagarbeiderne. Deres opplevelser knyttet til motivasjon og vilje til kompetanseheving, og hvordan kollektiv læring på arbeidsplassen skjer, var utgangspunktet for studien. På den måten fant jeg fram til faktorer som både fremmer og hemmer læringsprosessene, som i sin tur kan være nyttige verktøy for ledere å bruke i sitt forbedringsarbeid, for å oppnå økt læring på arbeidsplassen.

*Design og metode-* Studien er basert på kvalitativ forskningsmetode og bygger på 20 intervjuer gjort i henholdsvis sykehjem og hjemmesykepleie. Til sammen er 4 ulike virksomheter representert.

*Resultatene* i studien viser at det er en ambivalens fra respondentene i forhold til ønske om kompetanseheving. Videre ser man at arbeid i grupper kan synes å ha en bedre effekt på læring i forhold til enkelt-kurs. Studien viser at virksomhetene har mange gode arenaer for læring, lav arbeidsdeling, nær kontakt med kollegaer og ledelse og dette er faktorer som bidrar til å fremme læringsprosesser på arbeidsplassene. På den andre siden viser det seg at støy i informasjon, manglende oppfølging og organisatoriske forhold er med på å hemme kollektiv læring.

Nøkkelbegreper: *læring, kunnskap, kompetanse, erfaringsdeling og kollektiv læring (organisasjonslæring).*

## Summary

In a time when demands from users and next of kin increases, the number of elderly people gets bigger and the development of our society speeds up, it has become crucial that the health services manages to give a service maintaining high quality and efficiency. In addition, health service establishments need to be attractive places to work. With all the expectations and demands that are put upon this sector today, as well as any future demands, it is crucial that the employees are innovative, willing to learn and able to adapt.

The intent behind the study was to get insight into a profession where little research has been carried out: the field of health carers. Their experience in connection to motivation and wishes for competence development, and how collective learning takes place in a working environment was the starting point of the study. Looking at the topic from this angle, I found factors that both encourage and discourage the learning processes, which in turn can be useful tools that the management can use in their effort to improve and increase learning and development in the workplace.

The Design and Method –study is based on qualitative research methods, consisting of twenty interviews of employees in both nursing homes and home care. The interviews took place at four different workplaces.

The results of the study show that there is ambivalence amongst the responders in regards to wanting an increase in their competence development. Furthermore, it shows that learning as part of a group is perhaps more efficient than individual teaching. The study shows that the four establishments have a lot of good learning arenas; low division of labor, close contact with colleagues and the management are amongst the factors that promotes learning the best. On the other hand, disturbances in the information process, lack of following up and organizational conditions are all factors that inhibits collective learning.

Key words: learning, knowledge, competence, sharing of experiences, collective learning.  
(organizational learning)

## 1.0 Introduksjon.

Tema for denne studien er kompetanseheving og deling av erfaringer i kommunal pleie- og omsorgstjeneste, nærmere bestemt i hjemmesykepleie og sykehjem. Utgangspunktet for oppgaven er at god kunnskap og mye kunnskap er en forutsetning for å levere gode tjenester til brukerne. Allikevel er ikke den individuelle kunnskapen ett godt nok utgangspunkt, det er helt nødvendig at kunnskap blir delt på arbeidsplassen og brukt i organisasjonen på best mulig måte. Poenget er å omdanne individuell kunnskap til kollektiv læring. For å få til dette kreves det medarbeidere som er engasjerte, lærevillige og som kan ta ansvar for både egen læring, men også virksomhetens totalt sett. Det er nettopp dette denne studien ønsker å se nærmere på, da med utgangspunkt i helsefagarbeidernes opplevelser og erfaringer.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Det er ingen hemmelighet at helse- og omsorgssektoren har utfordringer i forhold til hvordan man skal gå framtiden i møte. Det er utfordringer knyttet til organisering, tilstrekkelig kompetanse og en fornuftig fordeling av ressursene. Vi ser allerede i dag at brukergruppene blir større og mer komplekse, samtidig som søkere til helse og sosialfaglig utdanning blir lavere. Vi vil i fremtiden møte en brukergruppe som stiller krav til nye arbeidsformer, og endret kompetanse og veksten i tallet på eldre vil kreve en betydelig utbygging av tjenestetilbudet. En rapport utarbeidet av Statistisk Sentralbyrå (SSB) for Helsedirektoratet, viser at det i fremtiden vil mangle så mange som 40 000 helsearbeidere, noe som tilsvarer 38 000 nye årsverk i 2030. Dette er tall som inkluderer sykepleiere, men rapporten viser at det den største underbemannede gruppen er helsefagarbeider. En annen rapport, «Underveis i videregående opplæring», utarbeidet av Nordisk Institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFO) viser at det er alt for få som fullfører yrkesfaglige utdanningsløp og her ble særlig helse- og sosialfagene trukket frem. Trenden viser at det er mange som hopper av helsearbeiderutdanning for å starte et studieforberedende løp, som i utgangspunktet er positivt, men med den fremtidige mangelen på helsepersonell er dette en stor utfordring i forhold til underbemanningen i sektoren.

Høy alder og samsykdommer medfører at brukerne trenger tett oppfølging fra helsepersonell. Systematisk fokus på kompetanse og kompetanseutvikling hos ansatte og ledelse vil derfor være nødvendig i enda større grad enn tidligere.

Dette har Regjeringen tatt på alvor, og lagt fram Kompetanseløftet 2015 i Stortingsmelding nr. 25. I Stortingsmeldingen er det presentert en oversikt over de framtidige



hovedutfordringene og både kortsiktige og langsiktige strategier for å møte disse. Samtidig med dette ble det fra 1.januar 2012 innført en ny reform i Norge; Samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2008). Uten å gå inn i detaljene på reformen, kan det nevnes at det som blir sentralt i forhold til denne studien er de utfordringene som melder seg i forhold til å sette kommunene i stand til å møte utfordringene med tanke på økte krav til kompetanse. Målet er at eldre mennesker skal kunne bo lengst mulig hjemme, og da kreves det personell med tilstrekkelig og riktig kompetanse for å yte bistanden som skal til for å kunne imøtekomme disse målene. Etter kommunehelsetjenestelovens § 6-1 og 6-2 plikter kommunen å sørge for at de ansatte får undervisning og praktisk opplæring for å opprettholde og videreutvikle kompetanse. Kommunene plikter også å ansette kvalifisert personale og sikre faglig forsvarlig kvalitet på tjenesten, noe som skal sikres gjennom rutiner, prosedyrer og rapporteringer. Videre har helsepersonell selv en forpliktelse til å delta i opplæring.

Regjeringen legger til grunn at livslang læring skal være ett viktig prinsipp i norsk utdanningspolitikk. Bakgrunnen for dette er Regjeringens standpunkt der de viser til at den enkeltes livskvalitet øker ved livslang læring og at effektene av dette gir større verdiskapning og fleksibilitet i arbeidslivet. For å få til dette har de satt som mål at *«alle skal ha mulighet til å tilegne seg ny kunnskap og utvikle evnene sine gjennom hele livet»* (Kunnskapsdepartementet 2012). Videre hevder de at *«befolkningens kunnskap og ferdigheter er den viktigste drivkraften for å sikre videre økonomisk vekst, høy grad av sysselsetting, god velferd og evne til å delta i global samhandling og konkurranse. Samtidig er livslang læring et viktig verktøy for å gi den enkelte trygghet i arbeids- og samfunnsliv som er i stadig utvikling. Regjeringen vil gjøre det mulig for alle å tilegne seg kunnskap livet gjennom ved å bidra til å styrke opplæringstilbudene i og utenfor arbeidslivet, og ved å sørge for læring både på formelle og uformelle opplæringsarenaer* (ibid).

Dette er store mål å strekke seg etter. Utfordringene i den enkelte virksomhet ligger ofte hos lederne som må finne de rette motivasjonsfaktorene hos den enkelte, og ikke minst tid for å gjennomføre kompetanseøkningen, slik at man i fremtiden kan møte kravene som stilles i kommunene.

Min egen erfaring som mellomleder i hjemmebaserte tjenester har gitt meg mange betraktninger når det gjelder lyst og vilje til kompetanseheving blant personalet. Det er min påstand at jo høyere utdanning personalet har, desto mer ivrig er de etter mer. Sykepleierne ønsker seg kurser, etterutdanning og faglig påfyll som aldri før. Dette bekreftes av resultatene

fra en undersøkelse fra Lærevilkårsmonitoren (2003) der det fremgår at de som har høyere utdanning deltar i mest formell videreutdanning. Faktiske tall viser at det er fem ganger så mange med høyere utdanning som tar videreutdanning.

Jeg erfarer at profesjonsstoltheten står sterkt hos sykepleierne. De har et sterkt fagforbund i ryggen og sykepleiefaget står solid forankret i den enkelte. Selv har jeg en bachelor i sosialfag. Dette mener jeg stiller meg i en mer nøytral posisjon for de antagelser og vurderinger som blir gjort i oppgaven, da jeg ikke ser på verden gjennom «sykepleierbrillene». Når jeg velger å rette fokus mot faggruppen helsefagarbeidere er det fordi det, etter min oppfatning, er gjort lite forskning på denne yrkesgruppen i tillegg til at det etter min erfaring er en stor og kompleks gruppe med varierende grad av motivasjon og nysgjerrighet rundt kompetanseheving. Videre er det en yrkesgruppe det er et økende behov for, og ser vi dette i sammenheng med søkertallene til helsefagarbeiderutdanningen som går ned, utgjør det en stor utfordring; nemlig hvordan vi kan rekruttere flere inn i faget, samt ta vare på og videreutvikle de vi allerede har.

Læring kan sies å foregå på flere plan, både på det formelle og det uformelle. Vi lærer gjerne uten å tenke over det, gjennom kollegaer, venner, det daglige arbeid, lunsjpauser osv. Denne læringen er ofte et resultat av hva man interesserer seg for og hva man arbeider med. Er det iveren etter å gjøre arbeidet på en smartere og mer effektiv måte som er den store driveren til læring? Hva er det som gjør at noen av oss er mer interessert i læring enn andre? Hva er det som fremmer læring, og hva er det hemmer læringsprosessene? Dette er spørsmål som har gjort meg nysgjerrig på emne og som jeg ønsker å finne mer ut av.

## 1.2 Tidligere forskning

Mitt anliggende for studien var å se på en gruppe som etter min oppfatning er gjort lite forskning på. Studier om kompetansebygging, erfaringsoverføring, individuell- og kollektiv læring er intet nytt, og det er gjort mange studier innen emnene på personell med høyere utdanning.

Ved å gjøre søk i Bibsys, Idunn, Google Scholar og ISI Web of Science ble det, bortsett fra en avhandling, ikke funnet relevante funn for denne studien, da med utgangspunkt i helsepersonell med lavere grads utdanning.

G. og E. Sandvik (2008) har gjort en studie om kunnskapsdeling i kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Denne studien omhandler en konkret virksomhet og formålet med studien

var å undersøke hvordan taus og eksplisitt kunnskap deles i virksomheten og blir til organisasjonslæring. Forskningen bygget på fokusgruppesamtaler med personalet og resultatene viste at virksomheten hadde stor andel taus kunnskap.

### 1.3 Avgrensning av oppgaven

Jeg avgrenser studien til å omhandle kompetanseheving og erfaringsoverføring. Måten jeg vil gjøre dette på er å vektlegge de individuelle, relasjonelle og organisatoriske faktorene som er av betydning for hva som kan skape muligheter for kompetansebygging og deling av kunnskap og erfaring. Det som spesielt interesserer meg er hvordan dette kan resultere i at en virksomhet i hjemmesykepleien eller på ett sykehjem kan nærme seg det som kan kalles en lærende organisasjon.

For å svare på forskningsspørsmålene vil jeg bygge på teoristudier og på intervju. Det teoretiske utgangspunktet bygger på læring og kunnskapsteori, og fokus vil være hvordan den enkeltes motivasjon og vilje til økt læring er, samt hvilke prosesser man bør vektlegge for å lære å lære av hverandre, da både som individ og som ett kollektiv. Sentrale begreper vil være *læring, kunnskap, kompetanse, erfaringsdeling og kollektiv læring (organisasjonslæring)*. Disse kjernebegreper vil være utgangspunkt for intervjuguide som er mitt metodevalg for innsamling av kvalitative data. Kjernebegrepene vil jeg videre trekke inn i den avsluttende diskusjonen for å sikre den røde tråden i oppgaven.

I avhandlingen vil jeg komme med eksempler fra enten hjemmesykepleie eller sykehjem. De daglige oppgavene i virksomhetene er av nokså lik karakter og eksemplene vil derfor kunne være eklektiske og overførbar til andre virksomheter. Eksempler vist i teoridelen er farget av egen erfaring som leder i hjemmesykepleie.

### 1.4 Begrepsavklaring

Tidligere var helsefagarbeider tilsvarende hjelpepleier eller omsorgsarbeider, men i dag er det betegnelsen «helsefagarbeider» som utgjør yrkestittelen. Fagforbundet ([www.fagforbundet.no](http://www.fagforbundet.no)) har definert helsefagarbeiderens oppgaver slik:

«Helsefagarbeiderens oppgave er å bidra med sykepleie til ulike pasientgrupper. Vanlige arbeidsoppgaver for helsefagarbeidere:

- behandle pasienten
- forebygge sykdom
- rehabilitere

Som helsefagarbeider hjelper du pasienten eller klienten med daglige gjøremål, som personlig hygiene, klesskift og måltider, i tillegg til å gi behandling. Du må også kunne ta deg av pårørende til den som er syk.

Helsefagarbeideren jobber ved somatiske eller psykiatriske sykehus, ved barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger, ved alders- eller sykehjem, i de hjemmebaserte tjenestene eller i kommunens helse- og sosialtjeneste» ([www.fagforbundet/yrkesgrupper.no](http://www.fagforbundet/yrkesgrupper.no)).

«Hjemmesykepleie» er en døgnkontinuerlig tjeneste som gir hjelp og veiledning til hjemmeboende som på grunn av sykdom, skade, funksjonssvikt eller av aldersmessige årsaker har behov for nødvendig helsehjelp. Tjenesten kan omfatte hjelp ved ulike pleiebehov, legemiddelhåndtering, og andre sykepleieprosedyrer. De ansatte er fortrinnsvis sykepleiere og helsefagarbeidere ([www.stavanger.kommune.no](http://www.stavanger.kommune.no)).

«Sykehjem» er et botilbud til mennesker som av en eller annen grunn ikke er i stand til å bo i eget hjem og trenger døgnkontinuerlig tilsyn. Tilbudet kan være av kort- eller langvarig art (ibid).

### **1.5 Hensikten med studien**

Selv om det er gjort mye forskning på høgskoleutdannede ansatte, særlig blant sykepleiere, er det som nevnt innledningsvis, av min oppfatning at der finnes lite forskning på yrkesgruppen «helsefagarbeidere». Da dette er en yrkesgruppe som i dag har utfordringer i forhold til rekruttering til yrke, og i tillegg til at behovet for helsefagarbeidere er sterkt økende er det etter min mening viktig å få ett bedre innblikk i helsefagarbeidernes hverdag og hva som skal til for at de øker sin kompetanse for å møte fremtidens krav og forventninger. Fra ett ledelsesperspektiv vil denne informasjonen være nyttig i form av hva man som leder kan legge til rette for, slik at man beholder kompetansen i egen virksomhet og videre kartlegge hvilke motivasjonsfaktorer som er viktige å spille på i forhold til motivering og vilje til kompetansedeling og erfaringsoverføring.

### **1.6 Problemstilling og forskningsspørsmål**

På bakgrunn av den generelle introduksjon ovenfor har jeg valgt denne problemstillingen for oppgaven:

*En kvalitativ studie av kompetansebygging og kollektiv læring blant helsefagarbeidere i kommunal pleie og omsorgstjeneste.*

For å belyse problemstillingen på best mulig måte har jeg formulert følgende tre forskningsspørsmål:

- 1) *Hvordan er helsefagarbeiderens motivasjon og vilje til utvikling?*
- 2) *Hvilken mulighet for utvikling opplever helsefagarbeideren å ha på sin arbeidsplass?*
- 3) *Hvor godt fungerer de organisatoriske læringsprosessene internt i virksomhetene?*

### **1.7 Oppgavens struktur**

Oppgaven starter med en innledning og bakgrunn for valg av tema. Videre presenterer jeg problemstillingen med tilhørende forskningsspørsmål. Kapittel 2 tar for seg det teoretiske rammeverket for studien og avsluttes med eksempler på bakgrunn av teori. Valg av metode og studiens gjennomførelse beskrives i kapittel 3. Presentasjon av resultater, knyttet opp mot teori presenteres i kapittel 4. Drøfting av resultatene skjer med utgangspunkt i teori i kapittel 5. Studien avsluttes med kritisk refleksjon i kapittel 6 og en konklusjon i kapittel 7.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for relevante teorier og begreper som tar for seg de ulike delene av kompetanseutvikling, læring og erfaringsoverføring på arbeidsplassen. Før jeg går nærmere inn på dette er det viktig å avklare hvilken kontekst oppgaven baserer seg på og hvilken sektor jeg har valgt å rette oppmerksomheten på.

Hvordan sosiale fenomen skal forstås har vært diskutert, særlig av filosofer, i mange hundre år. På den ene siden finner vi dem som mener at individet er den eneste fornuftige analyseenhet, og at alle fenomener kan forstås ved å se på enkeltindividers motiver og adferd. Motkreftene til denne siden hevder at en slik individualisme reduserer vår evne til å forstå sosiale fenomener, og at man i stedet må fokusere på hvordan mennesker fungerer og opptrer i ulike sammenhenger. En slik holistisk tilnærming baserer seg på at fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle sammenhengen de inngår i (Jacobsen 2000:29).

I denne studien vil jeg ta utgangspunkt i tre hovedområder som i følge Moxnes (2000) spiller en rolle for mulighet for læring, nemlig organisatoriske, mellommenneskelig (miljø) og personlige forhold (individ). Innenfor disse områdene er det faktorer som virker fremmende og hemmende for læring. Hvilke dette er vil jeg gå nærmere inn på når jeg i slutten av kapittelet drøfter læringssirkelen opp mot praksis i hjemmesykepleien. Man må allikevel være klar over at de tre områdene naturlig vil gå inn i hverandre og gjensidig påvirke de ulike delene, men jeg vil i min undersøkelse og analysere og dele områdene fra hverandre så godt det lar seg gjøre.

*«En teori er en forenkling av en komplisert virkelighet, en slags skissemessig oversikt»*

(Jacobsen 2005: 377). I forskning trenger en teori for å kunne fortolke resultater. Ved hjelp av teori kan en sette funn inn i en større sammenheng og videre forstå koplinger mellom dem. Teori blir som et sett ”briller” å se fenomenet en forsker på gjennom, og en kan bruke ulike sett briller på samme empiri. Virkeligheten er ofte så kompleks at det faktisk kan være en fordel å bruke flere teorier.

I dette kapittelet vil jeg presentere mine ”briller” i form av de ulike teoribidrag som jeg ønsker å drøfte min empiri opp mot. Dette er hovedsakelig kognitiv læringsteori og i forlengelsen av det, sosial kognitiv teori.

For å forklare prosessene som skjer på individnivå er Kolb's *individuelle læringssirkel* en nyttig modell å bruke. Videre vil jeg ut i fra ett organisasjonsperspektiv se på en modell

utviklet av Dixon (1999) og deretter videreutviklet av Marnburg (2001), *den organisatoriske læringsmodellen*. Avslutningsvis vil jeg forsøke å knytte opp noen av de utfordringene som jeg mener melder seg i den type virksomheter oppgaven tar utgangspunkt i, opp mot modellene.

## 2.1 Hvilken kunnskap har vi om læring?

Før den videre redegjøringen i teorien er det nødvendig med en begrepsavklaring på hva læring er. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i tre definisjoner jeg finner passende for denne oppgavens problemstilling.

Marnburg (2001:58) definerer læring på følgende måte: «(...) er tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter som er relativt permanente og som har sitt utgangspunkt i erfaring». Med denne definisjonen mener han at man gjennom livet høster erfaringer og blir kjent med andres erfaringer og at dette kan bidra til at vi selv endrer våre tankemønstre og holdninger etter hvert som vi behandler den nye informasjonen.

Kunnskapsdepartementet har formulert en noe utvidet definisjon på læring, da i forhold til anvendelse i sosiale sammenhenger: «Læring er tilegnelse av kunnskap, ferdigheter og holdninger og forståelse av når og hvordan disse kan brukes, slik at individet er i stand til å bidra positivt i sosiale sammenhenger og gjennom det oppnå aksept og tilhørighet i fellesskapet» (2006:30).

En tredje definisjon på læring er David Kolb's (i Wahlgren, Høystrup, Pedersen og Ratleff 2002:128) versjon, der han trekker erfaring inn i læringsbegrepet. Han definerer læring på følgende måte: «(...) en proces, hvor viden skabes gjennom omdannelse (transformation) af oplevelser og erfaring».

Læring og ulike læringsprosesser har alltid interessert menneskene, og særlig i senere tid har kompetanseheving vært i fokus i de fleste organisasjoner. Ansatte «forventer» en viss grad av selvutvikling og med dagens harde konkurranse forventes det at man stadig er oppdatert på det siste nye. For å sikre konkurransefortrinn og bedre kvalitet på tjenester og produkter enn konkurrentene, stilles det store krav til ansattes kompetanse. Dette tvinger bedrifter til å legge til rette for at læring skjer på arbeidsplassene. Yukl (2004) mener at organisasjoner bare kan lære når de enkelte medlemmene lærer.

Marnburg (2001) peker på at læring i organisasjonssammenheng kan knyttes opp mot begrepet «kompetanse», og deler dette inn i fire komponenter; *kunnskaper, ferdigheter, evner*

*og holdninger*. Kompetanse ved *kunnskap* tenker man gjerne på som et fast lager som kan tas i bruk i gitte situasjoner, og som Marnburg skriver, henvender man seg oftere til oppslagsverk eller «den som kan mye» enn å ta utgangspunkt i erfaring. Uten å gå noe nærmere inn på betydningen av begrepene, så deler man ofte kunnskap inn i tre ulike typer; faktakunnskap, kausalkunnskap og prosedyrekunnskap (ibid).

*Ferdigheter* handler om å utføre den kunnskapen man besitter. Man kan utføre mer enkle ferdigheter som f.eks å koke ett egg, eller en mer kompleks ferdighet som å utføre en totalrenovering av ett hus. Som Marnburg (2001:60) illustrerer, vil rutinepregede aktiviteter som å lære seg å anvende ett dataprogram ved å trykke på bestemte taster være en innlært ferdighet som en person kan utføre meget tilfredsstillende dersom opplæring blir gitt. Personen trenger ikke vite noe om verken programvaren eller datamaskinen og derfor vil denne kompetansen lide under mangel på kunnskaper. Denne personen kan oppleve det som veldig truende dersom man opplever påtvungne endringer i arbeidsoppgavene- rett og slett fordi vedkommende vil miste sin kompetanse.

*Evner* er den grunnleggende egenskap og gjelder potensialet man har, for å opparbeide seg kunnskaper eller ferdigheter (ibid).

*Holdninger* definerer Ilstad og Nystuen 1997 i Marnburg 2001:61 som: «*relativt stabile og organiserte oppfatninger, følelser og handlingsintensjoner ovenfor et objekt eller saker av sosial art eller betydning*». På individnivå vil holdninger handle om personens subjektive mestringsevne og selvkontroll. Emosjoner vil være en viktig faktor og kan være av avgjørende betydning for om virksomheten får utbytte av kompetansen den ansatte besitter. Ett eksempel på det som har preget nyhetsbildet den seneste tid, er leger som ikke ønsker å utføre selvbestemt abort.

## **2.2 Kognitiv læringsteori.**

Kognitiv læringsteori vil i følge Kaufman & Kaufman (1998) i Marnburg 2001 forstå læring som å tilegne seg innsikt i og oversikt over de uregelmessighetene i omgivelsene som gjør at vi kan danne begreper og sette opp regler for våre handlinger. Busch (1994) knytter kognitiv læringsteori opp mot mentale prosesser som styrer etablering, organisering/lagring og gjenfinning av kunnskap. Kognitiv teori retter oppmerksomheten mot enkeltindividet og tar



utgangspunkt i hvordan inntrykk fra omverden blandes med våre tidligere erfaringer, verdier, ambisjoner og drømmer.

For å forklare de tankeprosessene som foregår består den kognitive strukturen av en rekke kognitive kart (skjemaer) som ligger på forskjellige nivå i en hierarkisk struktur (ibid). Rummelhart (1980) i Busch 1994 definerer et kognitivt skjema som «*en hierarkisk struktur som forbinder informasjon på en slik måte at et kjent konsept fremtrer. Disse hentes frem for å benyttes i en aktuell situasjon*». Dersom vi ikke finner ett kart som passer i den aktuelle situasjonen har man i følge Busch (1994) tre ulike muligheter. 1) Andre kart som kan passe vil bli aktivisert, eller 2) modifisere det eksisterende kart, og dersom det ikke lar seg gjøre vil vi, 3) ikke forstå den nye informasjonen. Og, uten forståelse vil heller ikke meningsfull læring finne sted.

Denne type kart handler først om fremst om hvordan ting er og henger sammen, dvs kunnskap. Videre har vi fenomenet *script* som er skjemaer som i følge Marnburg (2001) representerer hvordan man skal handle i ulike situasjoner. Vi kan skille mellom svake og sterke script, der svake script gir konturer av hvordan man skal handle, mens sterke script angir klare sekvenser for handlingen. Målet for læring i organisasjoner er, som Marnburg (2001) hevder, å bygge ut og styrke medarbeidernes script. På den måten vil man ikke bare få en forståelse for situasjonen men også en forståelse for hvilken handling som skal utføres i den sammenheng.

### **2.2.1 Kognitiv sosial læringsteori.**

Kognitiv sosial læringsteori er en forlengelse av kognitiv læringsteori og knytter seg sammen med sosial læringsteori. Albert Bandura (1986) er en foregangsmann innen teorien, og setter søkelyset på forholdet mellom kunnskap og handling, noe som er interessant når man studerer overføring av læring (Busch 1994). Sosial læringsteori er sterkt knyttet til imitering, og Marnburg 2001:72 hevder at modellen har stor forklaringsverdi med hensyn til hvordan barn imiterer sine foreldre. I en slik modell-læringsfase er utprøving en viktig fase. Her skal man prøve ut kunnskapene man har utviklet ved å teste de ut i praksis. Dette kan være enten på ett symbolsk nivå eller i mer konkret adferd. Gjennom dette forsterkes og utvikles den kognitive strukturen (Busch 1994). Videre hevder Busch (1994) at det i en slik forbindelse er to aspekter ved denne prosessen som er viktig, det første der det gir mulighet til i større grad å beherske ny kunnskap og det andre gir det en mulighet til å øve på en ny adferd i en beskyttet og trygg situasjon.

Ett viktig begrep innen sosial kognitiv læringsteori er begrepet “*self-efficacy*” som Marnburg (2001) oversetter med selvkontroll og subjektiv mestringsevne. Dette handler om vår tiltro til at vi er i stand til å utføre handlingen. Busch (1994) bruker om dette begrepet faglig selvtillit, og skiller dette fra “generell selvtillit” da “*self-efficacy*” måler noe annet en den mer generelle formen for selvtillit (Wang & Richarde 1998 i Busch 1994).

Forskning har påvist en klar sammenheng mellom faglig selvtillit og adferd. Med dette mener Bandura (i Busch 1994) at vi unngår oppgaver vi ikke tror vi makter og velger de vi antar å kunne gjennomføre. Videre presiserer Bandura at det er forventningene som gir effekt, ikke hvorvidt man makter oppgaven eller ikke. Marnburg 2001:73 tar dette noe videre der han kobler inn begrepet selvforsterkning, nemlig en belønning for å ha mestret en arbeidsoppgave. Videre hevder han at *“den subjektive mestringsevne er knyttet til individets opplevelse av sin egen evne til problemløsning. Den subjektive mestringsevnen er subjektiv fordi den kan være både lavere og høyere enn den rent “objektive” evnen (...). Den subjektive mestringsevnene har betydning for tre forhold, nemlig målsetning, innsats og utholdenhet.*

Videre peker Marnburg (2001) på betydningen av subjektiv mestring og selvkontroll og viktigheten av å betrakte holdninger som en av komponentene i en persons kompetanse. I en virksomhet vil det derfor være viktig at den enkelte medarbeider har tiltro til seg selv og stoler på egen kompetanse samtidig som det legges til rette for å selvkontrollere egne handlinger (ibid).

### **2.3 Formell læring.**

Formell læring kan skje i regi av eksterne kurs, utdanningsinstitusjoner eller på arbeidsplassen i samarbeid med profesjonelle aktører. Denne form for læring skal være planlagt (Lai 2008). I følge Døvigen, Ure, Tobiassen og Hertzberg (2006) skal arbeidsgiver sørge for tilrettelegging både når det gjelder den uformelle så vel som den formelle læringen slik at det i praksis er innarbeidede opplæringsplaner for kompetanseutvikling i organisasjonen.

### **2.4 Uformell læring.**

Det ikke bare den formelle læringen som fører til økt kompetanse og utvikling. Det er viktig å skille mellom formell og uformell læring på en arbeidsplass og den uformelle læringen spiller vell så stor rolle. I følge Døvigen, Ure, Tobiassen og Hertzberg (2006) har den uformelle læringen blitt anslått til å utgjøre godt over halvparten av all kompetansebygging. Videre hevder han at på en arbeidsplass er det realkompetansen til arbeidstakere, i form av faktiske kunnskaper og ferdigheter, som er avgjørende. Dette bekrefter en studie utført av Skjølvsvik,

Løwendahl og Fosstenlørkke, 2007 i Filstad og Blåka 2007, der de fant ut at brorparten av kompetanseutviklingen skjer gjennom det daglige arbeidet, noe de har valgt å kalle for hverdagslæring (Kvålhaugen og Breuning 2009).

Hverdagslæringen/uformell læring er ofte uplanlagt, usynlig og ubevisst, og for å bli oppmerksom på det i etterkant kreves det evne til refleksjon. Det er ofte problemløsning som trigger til kompetanseheving i den form at man setter seg ned i samarbeid med kollegaer for å diskutere for å finne fram til gode løsninger. Undersøkelsen til Kvålshaugen og Breuning viste at tidspress var en faktor som bidro til læring i en slik setting (ibid).

Den uformelle læringen er implisitt, og foregår altså gjennom arbeidspraksisen og de utfordringene som melder seg. I hjemmesykepleien og på sykehjem vil det være mange ulike arenaer en slik læring kan skje, deriblant på de daglige rapportene, i møte med brukerne/pasientene, pårørende, samarbeidspartnere og i utførelsen av daglige arbeid.

## 2.5 Taus kompetanse

Den enkelte ansatt besitter en andel av taus kompetanse som ikke nødvendigvis vil være tilgjengelig for organisasjoner fullt ut. Taus kompetanse har kan ses på tre ulike måter og handler om 1) bevisst tilbakeholding av kompetanse, 2)kompetanse som bare kommer til uttrykk noen steder, og 3)uartikulert kompetanse (Marnburg 2001:89).

*Bevist tilbakeholding av kompetanse* handler i første rekke om organisasjonens organisering. Som Marnburg illustrerer er maktrelasjoner en faktor som kan spille inn i tilbakeholdelse av kompetanse. Et eksempel kan være en leder som er opptatt av sin styringsrett, men som samtidig har for liten operasjonell erfaring.

*Kompetanse som bare kommer til uttrykk noen steder* kan vi dele inn i to ulike fenomen. Det første handler om at folk sier noe, men gjør noe helt annet. Her viser Argyris og Schön (1978) i Marnburg (2001:90) til bruksteori (det man faktisk gjør) og forfektet teori (det man sier man skal gjøre). Ett klassisk eksempel på dette kan man trolig finne mange steder, nemlig der ledelsen sier en ting- men gjør noe annet.

Det andre fenomenet går ut på at enkelte personer har god kompetanse, men ikke kommer andre til gode. Her handler det om ikke å overføre kompetansen sin til andre. Dette fenomenet

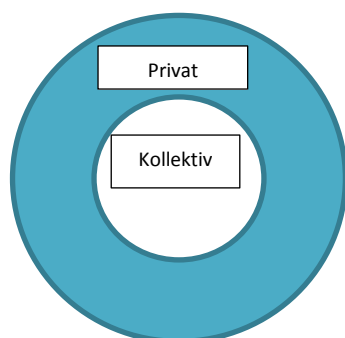
kan oppstå som følge av dårlig kommunikasjon, rutiner eller at den enkelte medarbeider ikke har oversikt over organisasjonens kompetanse.

*Uartikulert kompetanse* beskrives som vanskelig å formidle med ord. Dette er en form for kompetanse som er svært viktig i en organisasjon, men som er vanskelig å beskrive.

Overføringen av uartikulert kompetanse skjer via interaksjon, observasjon og samhandling (ibid). Videre hevder Marnburg (2001) at uartikulert kompetanse generelt har hatt lav status i vårt samfunn. Hustad (1998) i Marnburg (2001) mener at bragder som har basis i uartikulert kompetanse, ofte blir betraktet som resultater av intuisjon og med dette kan man lese signaler om at det er ett nokså stort behov for å avdekke hva uartikulert kompetanse faktisk er for noe.

## 2.6 Privat og kollektiv kompetanse

En organisasjon vil være i besittelse av to typer kompetanse, de ulike typene kaller Marnburg (2001) for *privat* og *kollektiv* kompetanse.



*Figur 1: De to typene kompetansereservoarer i en organisasjon<sup>1</sup>.*

Det som er fellestrekkene for den private og den kollektive kompetansen er som Marnburg (2001:107) skriver, at de begge omfatter både implisitt (taus) og eksplisitt kompetanse og de delene av den private og kollektive kompetansen som er eksplisitt er det som kalles for tilgjengelig kompetanse. Hvor stor andel av «kaken» som er privat vs. kollektiv kompetanse vil variere fra organisasjon til organisasjon, men det vil være av stor interesse for organisasjonen å finne ut hvor stor andel som er tilgjengelig kompetanse, da det er denne kompetansen som gir mulighet for læring og utvikling.

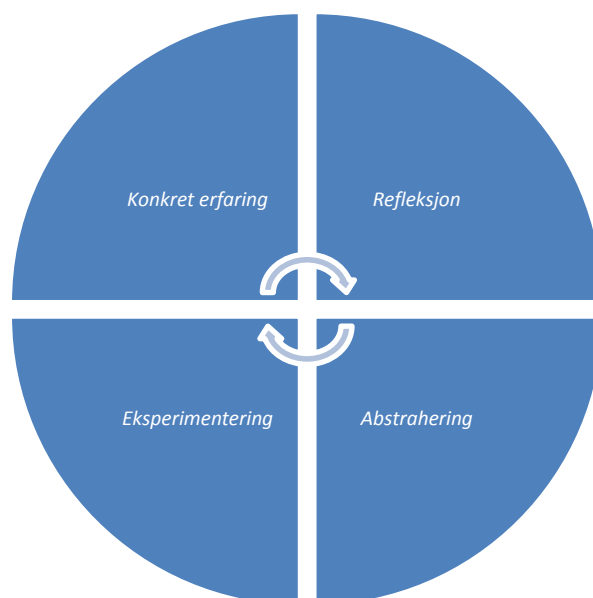
<sup>1</sup> Modellen er hentet fra Marnburg 2001:107.

Den private kompetansen innebærer all den «bagasjen» den ansatte har med seg i ryggsekken. Dette gjelder både formell utdanning og arbeidserfaring så vel som det som er tillært i det sosiale liv. Denne formen for kompetanse kan være god for organisasjonen i form av at ansatte kan bruke den til noe positivt, men den kan også ha sine negative sider og da vil være en dårlig kompetanse for organisasjonen (ibid).

## 2.7 Den individuelle læringssirkel

Tradisjonelle organiseringsprinsipper, der hver ansatt arbeider med sitt og der ingen spør om det som blir gjort er riktig og fornuftig, viser forskning er lite matnyttig og bidrar til passivisering og fastfrysing av gamle normer og rutiner (Marnburg 2001). En slik måte å organisere er heller ikke særlig konkurransedyktig i forhold til å utvikle tjenester i takt med samfunnets krav og forventninger. Derimot er trenden i dag å legge til rette for mest mulig kompetanseutvikling. Hvordan dette gjøres, vil være forskjellig fra ulike typer virksomheter og det er nettopp derfor viktig at både ledelse og medarbeidere «snakker samme språk» og har forståelse av årsaken til at vi trenger individuell læring, og hvordan læringen kan aktiviseres og oppfattes som nyttig og meningsfull ut i fra den enkelte medarbeiders synspunkt.

Det er en «vinn-vinn» situasjon for både arbeidstaker og arbeidsgiver dersom organisasjonen evner å skape mest mulig læring ut av daglige situasjoner. På den ene siden vil den enkelte ansatte vil oppleve mestring og økt læring, og på den andre siden vil organisasjonen ha nytte av den kunnskap og læring som den enkelte ansatt er bidragsyter til. I lys av dette vil jeg presentere Kolb`s erfaringsbaserte læringsteori der refleksjon fremheves som en prosess til forståelse.



Figur 2. Den individuelle læringssirkelen <sup>2</sup>

Kolb legger vekt på at læring skjer gjennom refleksjon av egne handlinger som resulterer i nye perspektiver, endret atferd og videre engasjement til utvikling og handling.

Læringssirkelen gir oss en forståelse av at læring kan skje i fire forskjellige aspekter, da gjennom konkret erfaring, refleksjon, abstrahering og eksperimentering. Den første fasen, *konkret erfaring*, handler om resultatene etter handlingen som vi utførte etter en konkret handling. Det er tidligere i teoridelen gjort rede for hva kognitive skjema er, og Marnburg (2001) knytter konkret erfaring sammen som ”råvaren” til de kognitive skjema som vi besitter. Svakheten her er at erfaringen kun er konkret på ett gitt tidspunkt. For eksempel kan en spesiell tilnærming hos en enkelt bruker fra medarbeiderne fungere veldig godt i en bestemt situasjon, mens den for nestemann ikke fungerer likeså godt. Videre kan en leders bestemte tilnærming i en bestemt virksomhet ha stor suksess, men mislykkes når vedkommende skifter arbeidsplass. Ut av dette kan vi trekke konklusjonen at man kan ha ulik erfaring ut av ulike situasjoner og verdien av situasjonsbestemt erfaring kan være nokså begrenset.

Gjennom den andre fasen, *refleksjon*, søker vi etter mening med det som skjer. Det vil være fornuftig å stille seg hva, hvorfor og hvordan spørsmål, og som Marnburg (2001) skriver kan selve refleksjonen over en erfaring bidra til at vi revurderer det vil har opplevd. Eksempelvis

<sup>2</sup> Modellen er hentet fra Kolb, Rubin og McIntyre (1986) i Marnburg 2001.

på sykehjem; kan en bestemt måte å jobbe på mot en utfordrende pasient føre til at man kommer til den erkjennelsen at man muligens gjør situasjonen enda verre ved å tilnærme seg på en denne måten? Dette kan føre til at man rister litt i de indre bildene av hva man har erfart. Det handler om å ta stilling til om de handlingene man utfører stemmer overens med intensjonene man har.

Den tredje fasen som handler om *abstrahering* og her dannes det abstrakte begreper og generalisering. Abstrakte begreper definerer Marnburg 2001: 81 som ”ord vi setter på bestemte opplevelser eller forestillinger”. Videre vil det ofte inngå generaliseringer (for eksempel grupperinger, systematisering, årsak og virkning) men også logiske relasjoner. Enklere forklart kan det sies at abstrahering er et ”tankespill med begreper som kan sies å være ”renset” for virkelighetens kompleksitet” (ibid). Slike prosesser setter oss i stand til å kunne snakke med hverandre om kompliserte ting med enkle ord. Utfordringer i denne fasen er i følge Marnburg (2001) at abstrahering retter seg begge veier i læringssirkelen (figur 1). Mot høyre vil man møte på utfordringer i forhold til at den enkelte kan mangle erfaringsmessig referanse til abstraksjonen. Motsatt vei, mot venstre, kan det være en utfordring at man forstår abstraksjonen, men ikke vet hvordan den skal operasjonaliseres. Dette kan forklares med at man har kompetansen, men ikke ferdighetene til å utføre handlingen.

Den siste fasen i sirkelen handler om eksperimentering, altså å planlegge å forberede seg til neste gang man skal utføre samme handling, forhåpentligvis med ett bedre resultat. Det handler om å prøve seg fram til bedre resultater enn sist og denne fasen kan preges av usikkerhet. På individnivå oppfattes eksperimentering som utprøvende og utforskende atferd (Marnburg 2001:83).

Læringssirkelen er ment å fortsette i en kontinuerlig syklisk prosess, der det ikke spiller noen rolle *hvor* i sirkelen man starter, men at alle fasene må gjennomføres. Dersom man evner å gjennomføre sirkelen er hensikten at tanke og handling blir koblet sammen og skal utgjøre en helhet for det enkelte individ (Marnburg 2001:84). Man kan si at eksperimentering bør så langt som mulig ha sammenheng til forutgående abstraksjon, siden det er denne som danner hypotesegrunnlaget for eksperimenteringen. For eksempel kan en sykepleier som skal behandle ett sår teste ut om det er andre typer bandasjer som kan virke bedre enn det som tidligere er brukt i behandlingen.

Lærings sirkelen fører med seg mange positive sider, både for organisasjonen og for enkeltindividet. På individnivå kan man si at det å utprøve nye ting kan være spennende og motiverende i seg selv, samt at selvtilliten økes når man får tillit til utprøving og økt innsikt i arbeidet. På organisasjonsnivå er det slike utprøvinger som er viktige kilder til utvikling og nyskaping. Dette har sine positive sider i form av økt effektivitet, mulige reduserte kostnader og ikke minst vet vi at motiverte medarbeidere er positivt for organisasjoner.

Ett viktig prinsipp i lærings sirkelen er at alle fasene må gjennomføres, men hvor man starter og hvor man ender spiller liten rolle. Valget må treffes ut i fra situasjonen. Effekten av prosessene er at man kobler sammen tanke og handling som til sammen skal utgjøre en helhet for individet. Når man her snakker om individuell læring er det viktig å påpeke noe som sosiologen George Herbert Mead (1934) har sagt: «*Mind can never find expression, and can never come into existence at all, except in terms of a social environment. Individual learning is dependent upon the collective* (Mead 1934 i Dixon 1999:41).

## 2.8 Læringsprosesser.

I tabellen under er det presentert fire forskjellige læringsprosesser som viser hvordan kompetanse går fra å være taus til å bli tilgjengelig og omvendt.

Læringsprosess	Situasjon	Virkning på kompetansen
Sosialisering	Det daglige arbeidet	Fra taus til taus
Eksternalisering	Dialog og refleksjon	Fra taus til tilgjengelig
Kombinasjon	Strategiprosesser	Fra tilgjengelig til tilgjengelig
Internalisering	Utprøving av nye ting	Fra tilgjengelig til taus

Tabell 1. Læringsprosessene.<sup>3</sup>

Ut i fra tabellen leser man at i sosialiseringprosesser, som er i det daglige arbeidet, er det primært taus kompetanse som overføres. Om dette skriver Marnburg (2000:116) at det er «learning by doing» i samspill med andre. I eksternaliseringsprosessen er det mennesker som forteller hverandre om ens erfaringer og hvordan erfaringene tolkes. Her skriver Marnburg at dialogen preges av en gjensidig vilje til å forstå og leve seg inn i andres subjektive opplevelser.

<sup>3</sup> Tabellen er hentet fra Marnburg 2001.

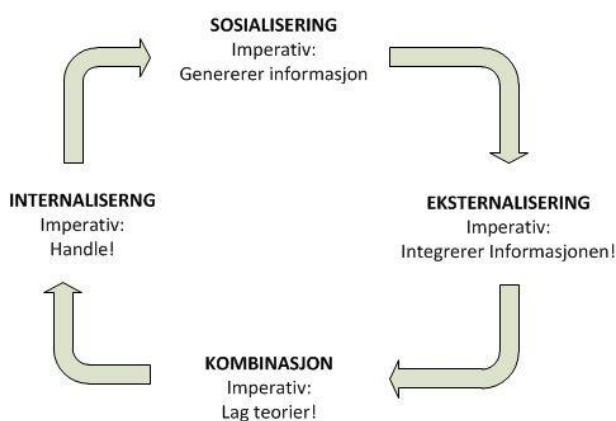


Kombinasjonsprosessen knytter sammen teori med de erfaringene man har, virksomhetens intensjoner, visjoner og mål, krav fra omgivelsene og gjeldene utviklingstrender. Det er i strategiprosesser dette skjer, der man diskuterer hvilke mål man skal ta stilling til og hvilke virkemidler som skal tas i bruk.

Internalisering skjer når nye planer blir satt ut i livet og endringer blir utført. Som Marnburg (2001:116) peker på er det «*selve gjennomføringen og opparbeidelsen av ferdighetskomponentene i kompetanse foregår ved at de enkelte individer bygger opp nye kognitive skjemaer og script*». Læringen skjer da gjennom nye rutiner, nye måter å utføre arbeidet på, og nye medarbeidere vil da lære av det gamle.

## 2.9 Den organisatoriske lærings sirkel.

Hensikten med en organisatorisk lærings sirkel er å vise hvilke læringsprosesser som forekommer i organisasjonen og hva som bør tilstrebes i organisasjonen for å få full effekt ut av læringsprosessene. En av idèpilarene i den er som Dixon (1999) poengterer, nemlig at dersom organisasjonen skal lære, må den enkelte medarbeider delta i hele prosessen slik at arbeidet blir meningsfylt og lærerikt.



Figur 3. Den organisatoriske lærings sirkel. <sup>4</sup>

*Sosialisering* er det første leddet i sirkelen og poenget her er å få fram mest mulig informasjon om utfordringsområdene. I det daglige arbeidet er det som Marnburg (2001) hevder, mest av enkeltkretslæring da den enkelte er opptatt av det som skjer her og nå og hva mål som kan nås med de midlene man har til rådighet. Hensikten er å forhindre vanedannende prosesser som kan gjøre seg gjeldene i sosialiseringen, og ha fokus på å innhente mest mulig data slik at denne informasjonen kan sette i gang prosesser, som refleksjon og dialog, slik at man kan gå videre i sirkelen. Videre hevder forfatteren at det er mest hensiktsmessig å la de som er nærmest kundene/brukerne å hente inn denne informasjonen, og at medarbeiderne bør oppmuntres til å samle inn så mye eksterne data som mulig. Sett i sammenheng med hjemmesykepleien, der det årlig sendes ut brukerundersøkelser til alle brukerne, burde det kanskje ideelt sett vært de ansatte som samlet inn dataene og ikke ett spørreskjema utformet fra et eksternt konsulentbyrå? Fordelen med å benytte seg av ansatte i datainnsamling er i følge Marnburg stor. Han peker på fire opplagte fordeler der 1) oppmerksomheten rettes mot utviklingsområdene i virksomheten, noe som åpner opp for dobbelkretslæring, 2) medarbeiderne blir opptatt av hvordan ting utvikler seg utenfor virksomheten, 3) balansen i maktrelasjonen i virksomheten utbedres da de ansattes besitter verdifull informasjon og 4) den

<sup>4</sup> Figuren er hentet fra Marnburg 2001.

åpenlyse fordelene med at det gir større mening for den enkelte ansattes arbeid som igjen gir gevinster i form av økt motivasjon og arbeids glede (ibid).

Daglig får ledelsen tilbakemeldinger fra medarbeiderne i forhold til tilfredsheten til brukerne. Enten det gjelder bruk av ressurser, kvaliteten på tjenesten eller mer generelle forhold så er det opplagt en utfordring for tjenesten å ta inn over seg/ gjøre noe med alle tilbakemeldingene. Dette kan skyldes flere faktorer, der i blant mangel på ressurser i egen virksomhet, manglende system for konstruktive tilbakemeldinger eller det kan handle om manglede forventningsavklaring.

*Eksternalisering* handler om å spre informasjonen til andre, det vil si å gjøre den tause kompetansen til tilgjengelig kompetanse. Poenget er å sørge for at medarbeiderne vet hva som skjer både internt og eksternt og at kompetansen som finnes blir brukt. Eksternalisering kan skje på ulike områder, i form av kurs og utdanning, møter, rapporter, skriftlige notater og ikke minst gjennom daglig samtale også videre (ibid).

I en virksomhet der det er mange medarbeidere i turnus og ulike stillingsstørrelser er det en utfordring å få ut informasjon. Mailer kan sendes og oppslag henges opp og beskjeder kan bli gitt i ulike fora, men det vil være opp til den enkelte medarbeider å engasjere seg og sørge for å få med seg den nødvendige informasjonen som blir gitt. Erfaringsvis er dette ett område i hjemmesykepleien der skoen kan trykke, mye sannsynlig på grunn av stor spredning i ansatte og turnusarbeid. Dixon (1999) oppfordrer ledelsen til ikke å sile ut informasjonen på forhånd og heller la ansatte velge selv hva som er viktig og ikke. Hun mener en utsiling vil føre til en passivisering av den enkelte ansatt som da ikke vil søke informasjonen selv, men heller få den servert. Egen erfaring tilsier at ansatte higer etter informasjon, men er ofte lite interessert etter å søke disse selv og ofte erfarer man også at informasjon som sendes ut, ikke blir dette gjennomgått.

Neste steg i sirkelen er *kombinasjon* der man skal kombinere erfaringer med teorier, intensjoner, metaforer eller utviklingstrekk i omgivelsene (Marnburg 2001:124). Alternativt kan man se erfaringene i forhold til teorier og intensjoner, da det mange ganger kan være vanskelig å realisere en teori. Det er for eksempel lett å lese om teorier om god ledelse, men hvilke grep skal til for å lykkes i praksis? Ønsket er å fremme aktiviteter der medarbeiderne danner seg meninger om hvordan verden er og henger sammen. Dette er en kollektiv prosess og studier viser at desto større spredning i kompetansen blant deltakerne, desto større kvalitet i kombinasjonsprosessen (ibid). Dette kan man finne mange eksempler på i daglig arbeid, for

eksempel på sykehjem, der rapporter blir brukt til problemløsning på utfordringer de ansatte står ovenfor.

Siste steg i sirkelen handler om å få gjennomført de tingene man så langt har kommet frem til. Dette beskrives som *internalisering*, og dersom de nye handlingene lykkes dannes der nye kognitive skjemaer og script for hvordan ting bør gjøres. Selve gjennomføringen er ofte eksperimentell. Imperativet her er «å handle» og det er det Dixon (1999) er opptatt av, nemlig å få gjort noe.

Poenget er at alle trenger den informasjonen som medarbeiderne besitter for at læringsprosessene skal settes i gang, og det er derfor helt nødvendig at det lages arenaer der medarbeiderne har tid og mulighet for å snakke sammen. Hver og en må ta ansvar for sitt eget arbeid, i tillegg til at de må være villige til å dele av egen kompetanse og erfaring, og å være mottakelig for andres innspill. Dixon (1999) presiserer videre at en avgjørende faktor for å fremme læring, er medarbeidernes deltakelse i forhold til å dele av sine ulike perspektiver og ulike måter å tolke ting på.

### **2.9.1 Utfordringer i hjemmesykepleien basert på læringssirkelen.**

Der vil være ulike utfordringer, styrker og svakheter i en slik lærings sirkel. Med bakgrunn i oppgavens tematikk ønsker jeg å belyse noen av utfordringene som man, etter min erfaring, møter relativt ofte og drøfte disse opp mot læringssirkelen.

Dagene i hjemmesykepleien er, kort fortalt, lagt opp slik at man på starten av vekten møtes for en halvtimes rapport før man går ut og jobber (stort sett alene) hos de brukerne man skal til den gjeldende vekten. Arbeidet er organisert slik at når ansatte kommer på jobb, ligger det ferdige lister med brukere som skal ha bistand av den enkelte helsefagarbeider. Der står det hvem det er, hva hjelpen omfatter og en cirka normert tid som er forventet å bruke. Når denne listen er utført, møtes personalet for felles lunsj og ny rapport, før de igjen går ut til brukerne i en god time før man treffes på kontoret og avslutter dagen med en skriftlig rapport i den enkeltes brukers journal.

Eventuelle utfordringer som meldes i løpet av dagen, alt fra faglige prosedyrer til etiske dilemmaer, tas opp og diskuteres i midtrapporten der alle på vakt er deltakende. Her er det som regel fagansvarlige tilstede. Fordelen med en slik organisering av arbeidet, er at det kan komme fram nye ting fra kollegaer som vedkommende som stilte utfordringen ikke kjente til, kanskje fordi han/hun manglet erfaring eller kjente til brukerne dårlig. I noen tilfeller kan

visse spørsmål kreve en «fasit» dersom det gjelder direkte behandling eller medikamentering, men i svært mange tilfeller er utfordringene skjønnsbasert, og det kommer fram ulike tilnærminger alt etter hvem som er på jobb og hvem som kjenner til problemet. Ett eksempel kan være en bruker som trenger mye hjelp, men som ikke selv innser eget hjelpebehov. I slike tilfeller kan det være veldig personlig betinget hvem som får hjulpet brukeren og ikke. Det kan skyldes for eksempel kjemi, hvilken motivasjon den enkelte helsefagarbeider har i det man går inn i hjemmet, tidspress og ikke minst kompetanse. Med andre ord er det mange ulike faktorer som kan spille inn om brukeren får den tiltrengte hjelpen eller ikke. Ofte tas det opp caser under rapportene, og erfaringene deles rundt bordet. Hvordan kan virksomheten legge til rette for at slike utfordringer blir drøftet slik at læring finner sted? Er de prosessuelle, tidsmessige og fysiske forutsetningene tilstede for læring av hverandre?

Sett i forhold til læringssirkelen kan vi dele det inn i ulike deler:

#### *Generer informasjonen:*

- Dele informasjon og erfaringer i rapporter.
- Lese journaler, eventuelt innhent opplysninger fra pårørende, fastlege, sykehus, sykehjem, dagsenter og andre aktuelle parter som kan ha vært inne i bildet.
- Observer bruker over tid.

#### *Integrer informasjonen:*

- Bruke god tid hos de brukerne der behovet er størst.
- Muligheter for hospitering hos institusjoner med spesialkompetanse.
- Observere hverandre i arbeidet.
- Innhent veileder ved behov.
- Eksterne kurs for kompetanseheving innen fagområdet.

#### *Kombinasjon:*

- Legge til rette for at medarbeiderne skal ha tid utover den normale rapporttiden for diskusjoner og deling av erfaring.
- Sørge for at arbeidstiden kan reguleres for de som ikke er på vakt når kurser, veiledning og treffpunkt foregår, fleksitid.
- Kontinuerlig evaluering av informasjonen.

**Internalisering:**

- Dersom du har en ide; bruk den og del den!
- Åpen dialog med rom for ulike meninger, rom for å eksperimentere, rom for å feile (uten at det går utover pasientsikkerheten).
- Rom for at medarbeidere jobber ulikt, ut fra situasjonen.

Det kan imidlertid høres «enkelt» ut, og mange vil kanskje tenke at det kan ikke være noe problem å jobbe slik som dette? I utgangspunktet, og i den «ideelle» verden, kunne det være en enkel sak å få til, men i praksis vet vi at man møter på mange utfordringer på veien. I store virksomheter som består av mange personer, vil det alltid være ulike personlighetstyper- alt fra den «usynlige» til den «uformelle lederen». Dette kan være med på å legge hindringer for den som gjerne ikke er den som roper høyest og læringen kan bli hemmet av det.

Organisasjonskultur vil være ett stikkord som kan påvirke slike prosesser.

Videre kan man se på de organisatoriske rammene for å gjennomføre for eksempel kurser, hospiteringer og økt tid for læringssituasjoner. Vi vet at offentlig virksomhet stadig er ute med sparekniven, noe som påvirker de økonomiske rammene, i tillegg til at det i realiteten i dag er mangel på helsepersonell. Selv om en del av personalet skal på kurser, veiledning og så videre, stopper ikke pasientflyten opp. Brukerne må ha den samme hjelpen uansett hvordan omgivelsene ser ut. Mye av dette er faktorer som kan være med på å hemme læringssituasjoner, da opprinnelige planer om å sende personell på kurs en dag, eller planlagt tid for møter kan bli avlyst grunnet sykefravær, eller at andre mer primære situasjoner som oppstår som ikke kan vente. Dette kan være faktorer som kan være med på å svekke motivasjonen til medarbeiderne. Dersom medarbeidere opplever kanselleringer av kompetansecfremmende tiltak over tid, er det gjerne ikke rart at det går utover motivasjonen og ikke minst læringsprosessene? Hvordan kan man legge til rette for og motivere medarbeiderne på en slik måte at man får gjennomført læringsprosesser samtidig som brukerne får den hjelpen de trenger og har krav på? Dette er utfordringer som både medarbeidere og ledelse har daglig i en hverdag der kravene blir større, behovet økende og ressursene minker.

### 3.0 Metode

Metode er i følge Jacobsen (2000:19) en måte å gå fram på for å samle inn empiri. Metode tvinger oss til å gå gjennom spesielle skritt for å kunne gjennomføre en undersøkelse. Ved å gå gjennom det som kan oppfattes som en oppskrift på hvordan undersøkelser gjennomføres, skal metoden hjelpe oss til systematisk å stille kritiske spørsmål knyttet til valg som gjøres, og hvilke konsekvenser disse valgene kan ha.

Når man gjennomfører en empirisk undersøkelse er det med utgangspunkt i at man ønsker å utvikle ny kunnskap, men det vil også være ulike hensikter med hva slags kunnskap man sikter mot. Jacobsen (2000) presiserer at en empirisk undersøkelse ikke bør underkastes noe krav om at resultatene skal være banebrytende nytt, men at det kan være fornuftig å skille mellom to hovedtyper hensikter alt etter hva slags type kunnskap man sikter mot. Den første typen er en *beskrivelse*, med det formål å få innsikt i hvordan et fenomen ser ut. Den andre typen er en *forklaring*, der målet er å forklare hvorfor et fenomen oppstod eller hvorfor noe spesielt skjedde.

#### 3.1 Valg av kvalitativ metode.

Hvordan man bør samle inn data om virkeligheten er det delte meninger om, og forskerens forforståelse vil være viktig i valg av strategi. Tidligere har det vært tradisjon for å snakke om enten rene induktive eller deduktive tilnærminger, mens det i dag er blitt vanligere å snakke om mer åpne tilnærminger til datainnsamling, dvs. hvor store begrensninger forskeren bevisst legger på de data som skal samles inn, før man starter undersøkelsen (Jacobsen 2000:35). Videre hevder Jacobsen (2000), at for å få tak på hvordan mennesket konstruerer virkeligheten, er man som forsker nødt til å velge et forskningsopplegg som vektlegger nærhet, dialog og fleksibilitet.

Kvalitative metoder er mer eksplorativ enn hva kvantitativ metode er, og henger ofte sammen med induktive tilnærminger. Kritikken retter seg mot at ingen forsker kan være helt åpne, alle vil ha sine egne skylapper. Man får mulighet til å oppdage og å følge problemstillinger, og kan ofte underveis i prosessen møte på fenomener og momenter man ikke tidligere har tenkt på (ibid).

Denne oppgaven tar utgangspunkt i en eksakt problemstilling og det vil derfor være hensiktsmessig å benytte seg av en kvalitativ metode for å gi ett nyansert bilde av kontekst og individ. I en slik strategi er nærhet et viktig element for å oppnå forståelse for andres menneskers oppfatning av virkeligheten. Nå er det imidlertid viktig å være observant på ikke

å bli for nær, slik at man mister evnen til å være analytisk og objektiv under studien. Pål Repstad (1993) i Jacobsen (2000:39) uttrykker at det ikke er snakk om enten nærhet eller distanse, men evnen til å bevege seg mellom de to idealene.

Forskningen vil ta utgangspunkt i Kvale og Brinkman (2009:121) sine syv stadier i planleggingen av undersøkelsen, der det dreier seg om intervjuets *hvorfor, hva og hvordan*. *Hvorfor*, handler om hensikten med studien og hvorfor man stiller spørsmålene. Hensikten med studien, er å få et bredere perspektiv på faggruppen helsefagarbeidere og hva som driver dem til kompetanseheving og hvordan man på best mulig måte kan bruke deres kompetanse på arbeidsplassen. Med det som utgangspunkt formulerte jeg forskningsspørsmål direkte knyttet til deres motivasjon og vilje til læring, i tillegg til å se på hvilke faktorer som fremmer eller hemmer læring i virksomheten.

Med *hva*, menes det å innhente forhåndskunnskap om emnet som skal undersøkes. Dette har jeg gjort i form av en teoretisk gjennomgang, der jeg har fokusert på de teorier og modeller som jeg finner relevant for denne studien. I tillegg bygger jeg oppgaven på min egen subjektive erfaring som mellomleder i samme type virksomhet som studien tar utgangspunkt i.

*Hvordan* innebærer at jeg må sette meg inn i metodisk tilnærming og bestemme meg for hvilke tilnærminger jeg skal gjøre, samt planlegge og behandle datamaterialet.

Ett moment som er viktig å huske på og reflektere over i arbeidet med metode, er de valgene man *ikke* tar. Med dette mener jeg at man også velger bort noe, når man går de veiene man beslutter å gå, og dette er viktig å være seg bevisst i prosessene. Hvorfor gjør man slik, men ikke slik? Ved å reflektere over beslutningene gjør man veloverveide valg som i sin tur vil være med på å styrke forskningen.

### **3.2 Utvalg av respondenter.**

Gruppen oppgaven belyser er helsefagarbeidere. Dette er en stor gruppe med ulik bakgrunn, kjønn, alder, ansenitet og så videre. Det ble ikke satt noen kriterier på forhånd i forhold til disse ulikhetene, årsaken til det er kompleksiteten man møter i denne gruppen sin arbeidshverdag, samt at oppgaven søker å belyse de ulike sidene ved helsefagarbeiderne.

Jeg planla å intervju mellom 20-30 helsefagarbeidere ansatt i hjemmesykepleie, men på grunn av utfordringer i forhold til deltakelse bestemte jeg meg for å utvide oppgaven til også å omfatte ansatte på sykehjem. Det ble sendt forespørsel til virksomhetsledere i hjemmebaserte



tjenester og fagutvikler på sykehjem. Jeg fikk om noe uventet, blandede tilbakemeldinger på deltakelse, men via respondentenes ledere fikk jeg telefonnummer til de som kunne tenke seg å være med i studien. Jeg etablerte kontakt via sms og gjorde da avtaler med 10 helsefagarbeidere ansatt i hjemmesykepleie og 10 helsefagarbeidere fra sykehjem. Alle deltakerne ønsket å treffes på sine egne arbeidsplasser.

I løpet av siste halvdel av juni 2012 hadde jeg gjennomført samtlige 20 intervjuer, og av disse var det 2 menn og 18 kvinner. 1 respondent var lærling. Antall år i yrke varierte fra 2 til 41 år. Flere av disse hadde erfaring fra yrket før de tok utdanningen.

Intervjuene varte i omlag 30 minutter og i tillegg til opptak på lydbånd ble det tatt notater underveis. Det første intervjuet ble gjennomgått og transkribert som ett pre-intervju, jeg fikk da anledning til å endre spørsmål ved behov og merket meg hva jeg burde gjort annerledes. De øvrige intervjuene ble ikke transkribert, men tatt vare på for å sikre oppgavens validitet i tillegg til å brukes for å sjekke ut områder der jeg har hatt behov for å supplere notater.

Underveis i prosessen har jeg reflektert mye over min egen rolle som forsker vs. mellomleder i samme sektor som respondentene representerte. Da jeg sendte ut forespørsel til lederne om deltakelse i studien var noen av disse kollegaer av meg som jeg kjente til på forhånd. Andre var kontaktpersoner jeg fikk tak i via mine bekjenskaper. Selv om jeg ikke hadde noen påvirkning på hvem kontaktpersonene valgte til å delta i undersøkelsen, kan man ikke utelukke at det var nettopp på grunn av mine kontakter at jeg fikk de respondentene jeg gjorde. Jeg fikk flere ganger «bevist» at det var tilfeldig på enkelte arbeidsplasser hvem som faktisk stilte til intervjuet. På grunn av uventet sykdom, endret arbeidstid eller andre årsaker som ikke ble ytterligere forklart, virket det for meg som at der ble gjort endringer på kort varsel.

### **3.3 Det kvalitative forskningsintervju**

Ett kvalitativt forskningsintervju søker å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver. Det beskriver verden slik den oppfattes av informantene, ut fra forståelse om at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale og Brinkmann 2009:45). Mer spesifikt kan man si at man i intervjusettingen legger opp til semistrukturerte intervju, noe som betyr at man verken har en åpen samtale eller lukket spørreskjemasamtale, men utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer og som gjerne inneholder forslag til spørsmål. I intervjuet har man anledning til å stille oppfølgingsspørsmål

for å utdype temaer som er mer av interesse enn andre. Notatene fra intervju og opptakene på lydband er det som utgjør materialet for den påfølgende meningsanalysen (ibid).

I denne studien fikk helsefagarbeiderne delt sine meninger og erfaringer i forhold til deres egen opplevelse av motivasjon, og hvordan læring på arbeidsplassen skjer. Disse meningene ville vært vanskeligere å få fram på ett spørreskjema, og forsker ville heller ikke hatt mulighet for å be om utdyping eller stilt oppfølgings spørsmål, eller utforsket interessante områder nærmere.

### 3.4 Utarbeiding av intervjuguide

Ett semistrukturert intervju skal som nevnt tidligere i oppgaven inneholde en oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål. Ett intervju spørsmål kan, i følge Kvale og Brinkman 2009:144, «*vurderes både med hensyn til en tematisk og en dynamisk dimensjon: tematisk med hensyn til produksjon av kunnskap og dynamisk med hensyn til den interpersonlige relasjonen i intervjuet*». Avhengig av om man benytter seg av en strukturert eller spontan intervju prosedyre, vil man med den første varianten gjøre den senere begrepsmessige struktureringen av intervjuet i analysen enklere, men vil da muligens miste deler av den spontane, levende og kanskje de uventede svarene fra respondentene. Dette er hensyn man bør vektlegge allerede i utarbeidingen av intervju spørsmålene, i samsvar med det Kvale og Brinkman (2009) kaller «*progresjonsprinsippet*».

Tematisk sett relateres spørsmålene med «*hva*» til de teoretiske oppfatningene av forskningstema, mens «*hvordan*» relateres til dynamikken og skal fremme ett positivt samspill og holde samtalen i gang. Videre skal «*hvorfor*» spørsmålene bidra til å stimulere intervju personene til å snakke fritt om sine opplevelser og følelser. Spørsmålene bør være lett forståelige, korte og formuleres slik at intervju personene lett oppfatter hva der spørres om (Kvale og Brinkman 2009).

Intervjuguiden som ble utarbeidet (vedlegg 3) er delt inn i tre tema: 1) spørsmål knyttet til den enkelte respondent, 2) spørsmål knyttet til organisasjon og 3) spørsmål knyttet til organisatorisk læring.

Jeg valgte å åpne intervjuet ved at jeg først fortalte litt om oppgaven, dens hensikt og hvorfor jeg valgte å forske på akkurat dette tema. Ved å gjøre dette ga jeg respondenten en trygghet i at deres opplysninger var verdifulle for meg og at jeg var oppriktig interessert i å høre hva de hadde å fortelle. Videre ba jeg den enkelte først fortelle litt om seg selv, hvor lenge de har

jobbet i yrke, når de tok utdannelsen og hvor lenge de hadde vært på den nåværende arbeidsplass. Ved å gjøre dette fikk jeg ikke bare kartlagt litt om respondenten, men også gitt intervjuet en «myk» start for å «ufarliggjøre» situasjonen.

For å avklare min egen hensikt med oppgaven og for å sikre meg om at vi «snakket noenlunde samme språk» valgte jeg å legge inn ett spørsmål i forhold til hvordan man oppfatter læring. Det var viktig for meg å avklare at vi var på bølgelengde når vi snakket om begrepet «læring», da mange av de påfølgende spørsmålene brukte dette begrepet. Spørsmålet ble ikke stilt for at respondenten skulle gi noe «fasitsvar», men for at vi kunne bruke litt tid på å diskutere hva som ble forstått med det og på den måten sikre oss om at det ikke oppsto misforståelser i begrepsbruken. De første 9 spørsmålene under det første tema handlet om den enkelte respondent, og jeg fikk på den måten bli bedre kjent med hver enkelt og utforsket den enkeltes motivasjon og vilje til egenutvikling.

Spørsmålene mine var nokså faste, og jeg fulgte i stor grad intervjuguiden slik den var utarbeidet. Jeg la allikevel inn oppfølgingsspørsmål, og sjekket videre med kontrollspørsmål for å sikre at svarene ble oppfattet riktig.

Det første intervjuet jeg utførte ble brukt som ett pilotintervju der jeg lyttet til intervjuet i etterkant og transkriberte det slik at jeg fikk studert spørsmålene mine og hva som eventuelt måtte endres. I og med at jeg ganske sent i prosessen utvidet undersøkelsen også til å omfatte sykehjem, måtte jeg gjøre noen små justeringer da enkelte av spørsmålene ikke hadde like stor relevans for ansatte på sykehjem.

Avslutningsvis i intervjuet gav jeg hver enkelt respondent mulighet til å komme med supplerende opplysninger dersom det var noe de følte de ikke hadde fått sagt. Dette ble en fin avrundning på samtalen før intervjuet var over.

### **3.4.1 Gjennomføring av intervjuet**

Å etablere en tillitsrelasjon mellom intervjuobjekt og forsker er ingen selvfølge og tillit er vanligvis noe som opparbeides over tid. Som forsker kommer man inn i den intervjuedes liv for en kort stund, og man kan i følge Jacobsen (2000) lett oppfattes som en som bryter inn i privatlivet. Å starte intervjuet med å klargjøre hvem man er, hvorfor man er der og forklare intervjuets hensikt kan virke som en god måte å «varme opp» settingen på (ibid). Jeg startet intervjuet slik Jacobsen anbefaler og klargjorde at respondenten når som helst kunne velge å

trekke seg, få slettet lydbåndet, eller velge å ikke svare på spørsmål. På denne måten ufarliggjorde jeg spørsmålene og jeg presiserte klart at intervjuet var 100 % konfidensielt.

Intervjueren skal innta en lyttende posisjon og ikke avbryte intervjuobjektet.

Oppfølgingsspørsmål bør komme når vedkommende har snakket seg ferdig og der det faller naturlig. Sidesprang er ofte nødvendig for å skape en god og trygg atmosfære og intervjuer må ofte tåle å høre en del som ikke er relevant for studien. Å være bevisst på sitt eget kroppsspråk kan være med på å bidra til en tryggere og mer tillitsfull ramme rundt intervjuet (Jacobsen 2000).

Jeg forsøkte å ha dette i bakhodet i intervjusituasjonene, samtidig som jeg ønsket at det skulle falle naturlig og uten at det stjal for mye av mitt fokus. I de første intervjuene var jeg avhengig av intervjuguiden og var fokusert på å stille gode oppfølgingsspørsmål, noe som kanskje kan påvirke kroppsspråket, men etter hvert som jeg ble mer trygg i situasjonen falt det mer naturlig på plass og kom «mer av seg selv».

Siden halvparten av dem jeg intervjuet har arbeidsplass i tilsvarende virksomhet som jeg selv har erfaring fra, var jeg veldig forsiktig med å sammenligne og identifisere meg med dem og deres erfaringer. Dette var til tider vanskelig, da likhetene, særlig med tanke på organisering av arbeidet, var mange. En fallgrube jeg vaktet meg for var ikke å være forutinntatt på forhånd og ta svarene som «en selvfølge». Med dette mener jeg at min erfaring og kunnskap til denne type arbeid og praksis, kunne overskygget svarene, dersom jeg ikke hadde fullt fokus på min rolle som student og forsker. Nettopp derfor var jeg forsiktig med å fortelle så mye om min egen bakgrunn da jeg var usikker på om det kunne virke hemmende for tilliten til respondentene og dermed svekke validiteten på studien.

### 3.5 Dataanalyse

Analyse av data vil i følge Jacobsen (2000) dreie seg om a) beskrive dataene så godt som mulig, b) systematisere og kategorisere dataene og c) sammenbinde disse. Beskrivelsen skal registreres så nøye som mulig, uten at forsker selv farger opplysningene. Forenkling og utsiling skjer i neste fase, og er helt nødvendig for å kunne formidle funnene. Til slutt skal opplysningene fortolkes, og det er i denne fasen man får frem det som er mer skjult og kanskje også mest interessant.

En styrke i kvalitativ tilnærming er at skillet mellom planlegging, gjennomføring og analyse er nokså lite. Jacobsen (2000) beskriver en triangulering mellom de ulike fasene, der man kan

justere prosessene underveis om nødvendig. På den måten kan man tilpasse metoden til den nye kunnskapen man tilegner seg i løpet av undersøkelsesprosessen.

Dataene i denne studien er delt inn i to tema. Det første handler om individuelle faktorer og det andre omhandler det som går innen organisatoriske forhold. De to temaene er skilt ut i tre ulike kategorier for å skape mest mulig oversikt over dataene.

Siden intervjuene ikke ble transkribert kan det ikke utelukkes at verdifull informasjon gikk tapt. Dette kan være en svakhet ved studien, men ved å holde fast på intervjuguiden er det av min mening allikevel god dekning for både beskrivelsene fra respondentene og den sammenbindingen av materialet som ble gjort i etterkant av intervjuene.

### **3.6 Validitet og reliabilitet.**

Validering er en prosess som skal gjennomsyre hele forskningsprosessen. Fokuset skal ligge på en kontinuerlig prosessvalidering og i følge Kvale og Brinkman (2009:254) gjøres dette ved at en «som forsker har ett kritisk syn på sine fortolkninger, og uttrykker eksplisitt sitt perspektiv på emnet som studeres og hva slags kontroll som utøves for å motvirke en selektiv forståelse og skjev fortolkning». Validitet og reliabilitetskontroll innebærer at man sørger for at man sjekker ut det som faktisk er ment å sjekke ut og passe på at dataen er gyldige (valide) og pålitelige (reliable).

Kvale og Brinkman (2009) skisserer en validering i syv stadier, og disse ligger til grunn for valideringen i forskningsprosessen. Det første stadiet 1) *tematisering*, handler om det teoretiske forankringspunktet og hvor logisk teori henger sammen med forskningsspørsmålene. Dette har jeg forsøkt å vise gjennom å velge ut aktuelle teorier som passer inn med oppgavens problemstilling og forskningsspørsmålene.

Videre er 2) *planleggingen* av undersøkelsesopplegget med tanke på kvalitet og metode viktig for gyldigheten. Dette fulgte jeg opp som beskrevet i kapittel 3, og jeg har hele tiden forsøkt å veie opp de valgene jeg har tatt mot det jeg da har valgt bort. Jeg har vurdert det dithen at en kvalitativ undersøkelse vil gi en dypere forståelse av helsefagarbeidernes opplevelser enn hva en kvantitativ undersøkelse ville gitt. Underveis i prosessen måtte jeg utvide undersøkelsen til også å omfatte sykehjem for å få det antall respondenter som jeg ønsket. På denne måten ble studiens reliabilitet styrket. En svakhet ved studien kan være min egen kjennskap til virksomhetene, og man kan ikke utelukke at antall respondenter kunne vært færre. I tillegg

kan noen av respondentene kan ha følt seg «presset» til å delta på grunn av min kjennskap til enkelte av de deltakende virksomhetens ledere.

Stadie 3) *intervjuing* handler om troverdigheten til respondentene og selve kvaliteten på intervjuet. Her er det viktig å legge vekt på en grundig utspørring og kontroll av det som blir sagt. Dette forsøkte jeg å følge opp ved å stille kontroll spørsmål som for eksempel: «forstår jeg deg rett når du sier...?», «kan du utdype det noe nærmere?» og så videre. Respondentene virket troverdige og oppriktig interesserte i å dele av sine erfaringer og kunnskap. Jeg valgte bevisst en strategi der jeg fremhevet viktigheten av at det ble gjort studier på denne gruppen og ikke bare grupper med høgskoleutdannelse, slik som mer vanlig er. Jeg gjorde et poeng ut av at jeg selv ikke var utdannet sykepleier med den hensikt for å minske avstanden og «maktforholdet» mellom respondent og meg selv. Dette virket for meg å være motiverende for samtalen, og det var flere som kommenterte og bekreftet at de satt pris på det og følte seg både sett og hørt. Det kan derimot være en svakhet at jeg er mellomleder i samme organisasjon som respondentene jobber, og dette kan påvirke respondentene til å svare det som en leder «ønsker å høre». Jeg forsøkte å veie opp for dette med å legge vekt på min egen rolle som forsker og at det som ble sagt var konfidensielt.

Ved flere anledninger kunne jeg merke en utrygghet på noen av respondentene for at de svarte «feil». Jeg gav flere ganger tilbakemeldinger på at det var ingenting man kunne svare «feil» på, og at alt som ble sagt var av interesse for studien. Jeg oppfordret flere ganger til å utdype utsagn og historier som ble fortalt, og tror dette var med på å trygge den enkelte i intervjusituasjonen og skape en følelse av å bli sett og hørt.

4) *Transkribering* reiser spørsmål om hva som utgjør en gyldig overføring fra muntlig til skriftlig form. Dette stadiet er i denne avhandling ikke utført helt i tråd med anbefalingene fra Kvale og Brinkman. Det ble i stedet foretatt en pre-test av første intervju med transkribering for å kunne utføre nødvendige korrigeringer, men jeg prioriterte å ta gode notater underveis og umiddelbart etter intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd slik at jeg kunne gå tilbake og lytte på de delene som jeg har funnet interessante og for å kunne hente ut direkte sitater fra respondentene. Dette merket jeg meg under intervjuet slik at jeg kunne gå direkte tilbake til det jeg ønsket å høre, uten å gå gjennom alle 20 lydfile. Det kan tenkes at validiteten på studien kunne økt dersom alle intervjuene ble transkribert. Allikevel var dette et bevisst valg i forhold til tidsbruken.

Videre i stadiet 5) *analysering*, er det viktig å ha fokus på om spørsmålene som stilles i intervjueteksten er gyldige og den påfølgende logikken bak fortolkningen. Dette har jeg gjort ved å stille hva, hvorfor og hvordan spørsmål og som nevnt tidligere; delt temaene inn i tre grupper for å sikre meg at jeg spør de rette spørsmålene.

6) *Verifisering* handler om å reflektere over de vurderinger som er gjort, og gjennomføringen av valideringsprosedyrene. Dette har jeg forsøkt å etterleve ved hele tiden å stille spørsmål til hvorfor jeg har valgt som jeg gjør og videre se valgenes styrker og svakheter opp mot hverandre. Styrken ved dette er å sikre at man gjør de mest fornuftige valgene.

Siste stadiet 7) *rapportering* dreier seg om den utarbeidede rapporten. Denne skal gi en gyldig beskrivelse av hovedfunnene i studiene, i tillegg til leserens rolle som validitetsbedømmelse av resultatene.

Disse syv stadiene har jeg etter beste evne forsøkt å strekke meg etter for å tilstrebe at forskningsprosessen og resultatene belyse problemstillingen min på en best mulig måte.

Reliabilitet handler om studiens konsistens og troverdighet og om studien kan etterprøves. Dersom samme problemstilling utføres av annen forsker under lignende premisser og konklusjonen er lik, så vil forskningen være reliabel. (Kvale og Brinkman 2009; Jacobsen 2000). For å sikre en god reliabilitet i en studie er det flere ting som kan gjøres, blant annet å være tydelig på hvilke respondenter man har og hvilke metoder som brukes for innsamling og analyse av data. I denne studien er det som tidligere nevnt, hentet inn data fra flere ulike virksomheter, respondentene har ulik bakgrunn men samme utdanning. Realkompetanse og arbeidserfaring er variabel, men likheten er at de alle jobber innen samme sektor og vil ha samme verdiplattform. Ut fra det kan man forestille seg at resultatene i denne studien ikke er unik for disse spesifikke virksomhetene, men at resultatene også ville vært gyldige for andre tilsvarende virksomheter.

#### 4.0 Presentasjon av resultater.

I dette kapitlet presenteres resultatene i studien. Så langt er det innhentet en massiv mengde data og for å få en oversikt over stoffet er det nødvendig å systematisere og redusere datamaterialet. Når opplysningene er systematisert er jobben å lete etter meninger, årsaker, forsøke å generalisere eller å bringe en viss orden inn i data (Jacobsen 2000:173).

En av styrkene til en kvalitativ tilnærming er at man underveis i undersøkelsen kan gå tilbake til de ulike delene i studien og endre tilnærminger og tilpasse metoden der det skulle være hensiktsmessig. Underveis i prosessen formes det stadig nye ideer og de ulike funnene vil forme analysen og framstillingen av dataene. Ett av målene ved kvalitativ metode, er i følge Jacobsen 2000:147, «(...) å ikke utelate informasjon som kan være relevant. For å forhindre en slik utelatelse er det et mål å holde analysen så åpen som mulig i starten, for så gradvis å snevre inn informasjonen».

Resultatene i studien kategoriseres ut i fra 3 tema som jeg har delt inn i ulike kategorier, som vist i tabell 2.

Tema:	Motivasjon, vilje og muligheter til utvikling.
Kategori:	(1) "Kollegaene mine må selv ta ansvar for egen utvikling og læring. (2) "Ved mangel på sykepleiere er vi gode nok". (3) "Kravene til oss øker, i takt med behovet".
Tema:	Hvor godt fungerer organisatoriske læringsprosesser.
Kategori:	(4) " Ledelsen gjør så godt de kan". (5) "Det er ikke alltid det blir som man vil, men vi tar det opp til diskusjon". (6) " Hva har man igjen for ett kurs?".

Tabell 2



#### 4.1 Motivasjon og vilje til utvikling.

Av de 20 respondentene jeg intervjuet, viste det seg i varierende grad hvor motiverte den enkelte var til å utvikle seg utover det som foregikk i løpet av en vanlig arbeidsdag. Det viser seg en klar sammenheng mellom alder og ansenitet i forhold til engasjement. En klar trend blant respondentene var at desto høyere alder og ansenitet, desto lavere motivasjon til videre utvikling.

Med «utvikling» menes her med deltakelse på kurs, utvidet ansvarsområder og motivasjon i forhold til egenutvikling og læring. Det viser det seg at «yngre<sup>5</sup>» helsefagarbeidere som ikke har lang ansenitet og fartstid i yrket, interesserer seg mer for deltakelse på kurser, økt ansvar og nye delegerte arbeidsoppgaver. Resultatene viser at yngre helsefagarbeidere i større grad er villige til å ta videreutdanning og kurser som enten tilbys via arbeidsgiver eller som de selv må ta initiativ til, enn helsefagarbeidere med lengre ansenitet. Blant annet viste studien at familiesituasjon spilte en større rolle i forhold til interesse og motivasjon til videreutdanning. Flere av respondentene bekreftet min antagelse om at egen utvikling i forhold til arbeidssituasjon ble satt på vent som følge av familiesituasjon, mens de som ikke hadde familie (særlig yngre helsefagarbeidere) var mer interessert i å ta videreutdanning.

Respondenter som hadde valgt bort videreutdanning til fordel for familie, ble stilt følgende oppfølgingsspørsmål: «Er videreutdanning aktuelt når forholdene på hjemmebane endrer seg?» Følgende sitat representerer holdningene blant respondentene:

*«Jeg kjenner til ulike ordninger i forhold til videreutdanning, men det har liksom ikke passet. Interessen er der, men når man har familie og flere barn blir egne ønsker satt litt på vent. Jeg har liksom ikke kommet «dit» enda, og mye av grunnen skyldes familiesituasjonen min. Jeg er egentlig ganske fornøyd slik det er nå».*

Videre forteller en respondent at hun flere ganger har ønsket å utdanne seg til sykepleier, men at hun tviler på at det kommer til å skje. Årsaken er at hun sier hun er fornøyd slik det er, men påpeker samtidig at hun savner faglige utfordringer og mener at læringskurven for hennes egen del daler, da mye av jobben er ensformig.

---

<sup>5</sup> Med «yngre» helsefagarbeidere menes helsefagarbeidere med mindre ansenitet enn 7 år og yngre enn 30 år. «Eldre» helsefagarbeidere har jeg kategorisert i gruppen over 30 år og ansenitet over 7 år. Helsefagarbeidere over 30 år og med mindre ansenitet enn 7 år, er plassert i kategori «eldre».

#### 4.1.1 «Kollegaene mine må selv ta ansvar for egenutvikling og læring».

Flere av respondentene beskriver hverdagen som hektisk og uforutsigbar i forhold til planlagte aktiviteter. Dersom det er sykdom i avdelingen hender det at oppsatte møter, veiledninger og kurser må vike til fordel for brukere som skal ha hjelp. Dette oppleves som frustrerende, og en av respondentene følger dette opp med følgende uttalelse:

*«Hos oss er det mer fokus på faglig utvikling nå enn hva det var tidligere. Jeg føler bare at ting ofte kan falle litt ut. Dersom det er sykdom så må kanskje noe annet utgå for at brukerne våre skal få hjelp og da er det kurser og veiledning som må vike».*

Det synes å være en klar trend, både fra ansatte på sykehjem og i hjemmesykepleien, at det er mer fokus på faglig utvikling i dag enn hva som er opplevd tidligere. En utfordring som påpekes av flere, er at det stadig blir flere og flere ansatte som skal følges opp i forhold til tilbud om kurs og videreutdanninger. En ansatt i hjemmebaserte tjenester sier følgende:

*«Vi fikk mer tilbud før enn nå, det er rett og slett ikke tid til å følge opp. Jeg tror ikke det skyldes lite velvilje, men heller organiseringen. Det er 1 avdelingsleder på alle oss, da blir det ikke tid til å følge opp slikt».*

En annen respondent følger dette opp slik: *«Vi må finne kurser selv og jeg ser mye etter det, men det skal fordeles på alle på avdelingen. Folk må ta ansvar selv, men det virker nå for meg som om det er ett fåtall som er interessert. Det virker så mange «klager» over at de aldri får gå på kurs, men de kommer aldri opp med forslag til kurs. Jeg tror de er fornøyde med slik som det er, men allikevel blir fornærmet når de ikke får tilbudet».*

Flere respondenter forteller at arbeidsplassene i dag virker til å ha flere muligheter for å legge til rette for kompetanseheving, men at det ofte stopper opp ved at den enkelte selv ilegges ansvaret for å finne kurs og utdanning av interesse for den enkelte. Dette kan bekreftes med følgende utsagn fra en ansatt i hjemmesykepleien:

*«Hos oss er det mer fokus på faglig utvikling nå enn hva det var tidligere. Nå har vi ABC demens permer vi jobber med og veiledning. Og dersom man står på litt selv, så får man helt sikkert lov til å delta på kurs som er relevant for jobben».*

En annen respondent, som virket mer tilbakeholden, forteller at det for hennes del handler mye om at hun er redd for å måtte prestere det som læres på kurser for de andre, og sier følgende:

*«Jeg er nok ikke så flink til å ta initiativ. Jeg har nok holdt litt igjen, for jeg er redd for å måtte presentere det jeg lærer for andre».*

Sett opp mot teorien om den organisatoriske læringssirkel (figur 4) kan dette relateres til kombinasjonssteget i sirkelen, der det handler om å kombinere erfaringer med teorier, intensjoner, metaforer eller utviklingstrekkene i omgivelsene. Hensikten her var som Marnburg (2001) viste til; å fremme aktiviteter der medarbeiderne dannet seg meninger om hvordan ting og verden henger sammen. I studiens resultater ser man at helsefagarbeiderne har laget seg egne hypoteser om hvordan arbeidsplassen er satt sammen og hvordan ting fungerer i den enkelte virksomhet. Betydningen dette får for læring, både på individnivå og på organisasjonsnivå, kan være at de som vil øke sin faglige kompetanse i form av videreutdanning og kurser faktisk kan gjøre det. På den andre siden vil de som er passive forbli passive. For å trekke dette ett steg videre med Argyris og Schön's *bruksteori* og *forfektet teori*, ser man at det er forskjell på hva folk sier de *skal* gjøre, og hva som faktisk blir gjort. Marnburg (2000:91) diskuterer dette forholdet og mener det kan være moralsk og faglig betenkelig, sett ut i fra strategiske tiltak som settes inn for å øke kompetansen blant ansatte. Med dette mener han at det kan være svært betenkelig dersom det bare er den forfektede teorien som forbedres, da med den konsekvens at folk bare blir bedre til å «snakke» for seg og at man i praksis forblir den samme. Studier har vist at det i bestemte virksomheters kulturer vil der og være egne kulturer innen samme gruppe/enhet. Disse kommer i tillegg til den samfunnsmessige kulturen og kan problematiseres dithen at slike kulturer gjerne bare er delvis bevisst og at man derfor ikke stiller spørsmål ved dem (ibid). Studiens respondenter har en oppfatning av virksomhetenes strategier og planer for kompetanseheving på sin arbeidsplass og kan derfor ta det «for gitt» at slik er det.

#### **4.1.2 «Ved mangel på sykepleier er vi gode nok».**

Med noen få unntak, beskriver helsefagarbeiderne med lang ansenitet at de opplever at fullmakten for hva de får lov til å gjøre av arbeidsprosedyrer har blitt innskrenket de senere år. Flere opplever at de ikke får brukt den kompetansen de selv mener de har, i tillegg til at opplevelsen av mestring har gått ned. I dag kreves der spesialtillatelser for enkeltprosedyrer i forhold til utførelse på enkeltbrukere. En hjelpepleier som tok sin utdanning for vel 20 år siden sier det slik:

*«Jeg gjorde andre oppgaver før enn jeg gjør i dag. Det er ingen progresjon og jeg har blitt fratatt oppgaver som jeg gjorde som den største selvfølge før. Dette går på systemet. I kriser*

*kan man ha opplæring, men det blir sjeldent praktisert. Jeg mener det er en utskvisning av den kompetansen som man har i bunn».*

På oppfølgings spørsmål om hun ikke kunne tenkt seg å ta mer utdanning, f.eks sykepleierutdannelsen, slik at hun fikk tilbake meransvar, forteller hun at hun ofte har tenkt på det, men at det ikke hadde passet inn i livssituasjonen.

En annen respondent, også med over 20 års erfaring følger dette opp med følgende utsagn:

*«Det har variert på hva vi har fått lov til å gjøre. Det har vært fordi det kanskje har vært mangel på sykepleiere og da har vi vært greie nok å bruke. Når jeg jobbet på sykehjem i (...) var jeg en av de som hadde ansvarsvakt».*

Det var ingen forskjell i svarene uavhengig om man jobbet i hjemmesykepleie eller på sykehjem. Det synes til å være en gjenganger at helsefagarbeiderne opplever at de hadde større ansvarsområder tidligere, og det var delte meninger blant respondentene om de synes dette var greit eller ikke. En respondent ansatt på sykehjem beskriver det slik:

*«Vi har mistet mange av de oppgavene vi hadde før. Nå er mange av de oppgavene overført til sykepleierne. Før satte jeg insulin, utførte sårstell, stelte døde pasienter og nå er det bare sykepleierne som gjør disse oppgavene. Jeg skulle gjerne ønske vi fortsatt hadde disse oppgavene, men jeg forstår jo at man må følge reglene. Samtidig er det jo en trygghet for oss i forhold til alt ansvaret som følger med at det bare er sykepleierne som utfører slikt nå».*

Resultatene i studien viser at det finnes kompetanse i virksomhetene som ikke blir brukt. Dette skyldes i følge respondentene i stor grad lovverk og praksis på arbeidsplassen. Som vist i kapittel 1, figur 1 vil det være to typer kompetansereservoarer i en virksomhet. Det kan synes som det private kompetansereservoaret hos en del av helsefagarbeiderne, særlig de med lang ansenitet, er større enn hva virksomhetene kanskje er klar over. Manglende bruk av kompetanse opptrer i følge Marnburg (2000:109) når enten medarbeiderens kognitive skjema er begrenset til spesielle anvendelsesområder, eller slik som en av studiens respondenter uttaler: *«(...) jeg har blitt fratatt oppgaver som jeg gjorde som den største selvfølge før»*, nemlig at virksomheten ikke gir mulighet til anvendelse.

Dette kan ha en resignerende effekt på den enkelte ansatt. Årsaken kan i følge Marnburg (2000) være at det er for detaljert styring fra ledere, rigide regelsystemer, stor arbeidsdeling eller manglende respons på endringsforslag. Dette kan føre til at den enkelte ansatte lager seg

sine egne kognitive skjema som angår årsak-virkningsforhold, og som sier at det bare er ledelsen og ytre forhold som kan endre på noe.

Ved å benytte seg av den organisatoriske lærings sirkelens trinn, *sosialisering*, kan virksomheten motarbeide en slik resignering som nevnt i avsnittet over. Her kan ansatte tilegnes tillitt og ansvar i forhold til å innhente informasjon, noe som igjen kan være med på å legge forholdene til rette for å videreutvikle både tjenestetilbud og arbeidsplassens satsningsområder innenfor kompetanseheving og læring. Marnburg (2000) presiserer at dette arbeidet ikke skjer lokalt i et vakuum, men i samspill med andre enheter i virksomheten. Fordelene vil være mange, blant annet vil ny informasjon kunne åpne for spørsmål om hvorfor resultatene ikke er gode nok, noe som igjen åpner opp for dobbelkretslæring. Medarbeiderne vil bli mer åpne for hvordan ting utvikler seg utenfor sin egen virksomhet, i tillegg til at maktrelasjonene i organisasjonen kan bedres, da det er de ansatte som sitter på verdifull informasjon. En siste og ikke minst viktig effekt er ringvirkningene arbeidet får for den enkeltes ansattes følelse av mestring og betydningsfulle arbeid (ibid).

#### 4.1.3 «Kravene til oss øker, i takt med behovet».

Flere av respondentene forteller om store endringer fra hvordan både arbeidsplassene og behovene var tidligere, sett i forhold til dagens situasjon. Det er en gjennomgående trend at opplevelsen av travlere dager og dårligere tid hos den enkelte bruker synes å være stor, og at begrep som «tidspress» og «stoppeklokke-mentalitet» er økende i sektoren.

På spørsmål relatert til økt press og samhandlingsreform, svarte samtlige respondenter ansatt i hjemmesykepleien at det ikke var helsefagarbeiderne som merket dette i så stor grad, men at sykepleierne hadde fått flere oppgaver og enda travlere vakter. Flere bemerket at ringvirkningene av dette i forhold til helsefagarbeiderne var at de fikk flere delegerte oppgaver i forhold til tidligere. Dette kunne for eksempel være tilsyn hos brukere der det vanligvis ville gått sykepleier.

En respondent ansatt i hjemmesykepleien sier det slik: *«Jeg tror det er sykepleierne som merker mest alle endringene som skjer rundt oss nå. De bruker mer og mer tid på dokumentasjon og da sier det seg selv at det faller flere oppgaver på oss. Men i forhold til samhandlingsreformen tror jeg helt klart at det er sykepleierne som merker det trykket mest. Vi gjør jo den jobben vi alltid har gjort, bare med dårligere tid».*

Senere i intervjuet forteller respondenten at nettopp på grunn av økt behov og økte krav og forventninger fra både brukerne og pårørende, stilles det større krav til kompetanse blant de ansatte. Hun forteller at brukere som tidligere ville fått sykehjemsplass nå bor hjemme lengre og at det igjen stiller krav til at de ansatte kan håndtere både sykdomsbilde, men også mer komplisert teknisk utstyr, enn hva som var tilfellet tidligere.

Ansatte på sykehjem forteller at de i liten grad merker noe til samhandlingsreformen, men at den store endringen hos dem er at pasientene er dårligere når de kommer inn:

*«Her hos oss merker vi ikke så mye til samhandlingsreformen, men vi merker jo at pasientene blir dårligere og dårligere. Det gjør jo noe med at det stilles større krav til at folk øker kompetansen».*

Særlig på sykehjem fortelles det om økte krav og forventninger til hva helsefagarbeiderne skal gjøre i løpet av en arbeidsdag. Flere helsefagarbeidere forteller at det er veldig utfordrende i forhold til utenlandske arbeidere som mangler både utdanning og språkkunnskapene, og at dette har påvirket arbeidssituasjonen betraktelig. De sier videre at jobben deres blir vanskeligere og ofte mer hektisk fordi de ofte må avverge aggresjon blant pasientene på grunn av misforståelser og kulturkollisjoner. En respondent beskriver det slik:

*«Jeg synes det er litt skremmende å tenke på fremtiden. De eldre blir dårligere og dårligere og vi blir færre og færre. Ikke bare skal vi ta vare på dem, men vi må også lære opp utenlandske kollegaer som mangler kulturen og språket. Da blir de eldre så fortvilet og frustrert, og jobben vår blir enda vanskeligere».*

I kombinasjonsprosessen i den organisatoriske læringssirkelen legger Marnburg (2001) vekt på viktigheten av å inkludere ansatte i analyse og planleggingsprosesser med det siktemål at deltakelse fører til større forpliktelse i forhold til oppfølging. Gevinsten virksomheten sitter igjen med er at man unngår en del av implementeringsproblemene som autoritære virksomheter strir med. For å oppnå en vellykket prosess er dialog ett nøkkelord, og dersom ikke ansatte i både hjemmesykepleien, så vel som sykehjem kjenner til virksomhetens strategi og planer, vil dialogen svekkes og forholdene for å lykkes bli betraktelig redusert. Dialog er noe som skjer hele tiden, uansett om det dreier seg om store eller små saker, og virksomheten kan legge til rette for økt dialog gjennom sosiale arrangement som felles lunsjer, workshops, seminarer, åpne samtaler og så videre. Intensjonen er å skape ett fellesskap der deltakerne lytter og i følge Marnburg 2001:127 *«(...)prøver å forstå andres perspektiver og andres*

*virkelighetstolkning*». Betydningen dette vil ha for læringen i organisasjonen er å skape refleksjon hos de ansatte. Refleksjon skaper ett godt grunnlag for læring og en utfordring for store virksomheter er å legge til rette for at ingen føler seg overkjørt og forbigått (ibid).

#### **4.2 Hvor godt fungerer organisatoriske læringsprosesser.**

Organiseringene i de ulike virksomhetene som respondentene er ansatt i, er nokså like. Alle virksomheter har standardisert arbeidsdagen i form av faste rutiner som de ansatte kjenner til. Respondentene forteller at dette oppleves som trygt og godt, og at det bidrar til å skape en så forutsigbar arbeidsdag som mulig.

##### **4.2.1 «Det er ikke alltid det blir som man vil, men vi tar det opp til diskusjon».**

Det var gjennomgående, blant både ansatte på sykehjem og hjemmesykepleien, at helsefagarbeiderne opplever stor takhøyde for faglige diskusjoner. Etablerte treffpunkt i form av rapporter, veiledninger og faglunsjer gikk igjen i alle virksomhetene, og helsefagarbeiderne forteller at de ikke opplever det som problematisk å ta opp sine utfordringer. Følgende utsagn bekrefter dette:

*«Vi har faste rapporter og faglunsjer, det er veldig greit. Også får vi veiledning fra de som har videreutdanning, så vi bruker hverandre. Her er heldigvis ingen profesjonskamper og de fleste hører på hva man har å si».*

Flere av respondentene som jobber i hjemmesykepleien sier at de ofte føler seg spurt til råd fra sine kollegaer i forhold til brukere. Videre fortelles det at mange av de spurte er primær/sekundærkontakter for sine brukere og at det oppleves som positivt. Det er allikevel en utfordring å få tid til å følge opp alt som skal gjøres. En respondent forteller at hun opplever det som til tider ganske frustrerende at planer som lages for en bruker gjerne ikke blir fulgt opp så nøye av de andre. Likevel er opplevelsen tilnærmet lik fra størstedelen av respondentene, nemlig at det oppleves som trygt og godt å kunne komme med sine meninger, spørsmål og forslag til løsninger under diskusjonene. Dette bekreftes av utsagn fra respondenter både på sykehjem og i hjemmesykepleien:

*«Her er stor takhøyde og det meste kan diskuteres- til tider ganske friskt».*

*«Den faglige tilhørigheten her er kjempebra. Hver morgen har vi 15 minutter der vi diskuterer ett spesielt tema. Det er kjempebra».*

Ett «ankepunkt» som går igjen hos flere av respondentene er viktigheten av å videreføre beskjeder. En respondent som er primærkontakt for en bruker med stort ansvar i forhold til oppfølging, forteller at hun blir både fortvilet og frustrert når hun ser arbeid hun selv har brukt mye tid på ikke har blitt utført og fulgt opp som forventet av sine kollegaer. Til dette sier hun:

*«Jeg kan bruke mye tid på pleieplaner og å følge opp system hjemme hos min primærbruker, men ser ofte at kollegaene mine ikke følger opp det som står skrevet i planene. Om det er fordi de ikke gidder eller fordi de ikke tenker seg om vet jeg ikke, men det er veldig irriterende for meg som har brukt mye tid på det og vil bedre forholdene både for brukeren og oss som jobber her».*

En annen respondent sier dette om å følge opp beskjeder gitt inne på kontoret:

*«Vi skriver beskjeder i en beskjedbok, men dersom det er lenge siden man har vært på jobb går man gjerne glipp av informasjon fordi man ikke har tid til å lese gjennom alt før vekten begynner».*

I virksomheter som hjemmesykepleie og sykehjem, er organisasjonene helt avhengige av at den enkelte ansatt tar ansvar og følger opp sine arbeidsinstruksjoner, slik at man sikrer en faglig forsvarlig pleie til byens innbyggere. Allikevel vil der alltid være ulike måter å utføre arbeidet på, da det er mennesker som utfører jobben, og ikke maskiner. Skjønn blir utvist gjennom hele arbeidsdagen og i forhold til det siste steget i læringssirkelen, internalisering, sier teorien noe om at organisasjonen må gi rom for individuell eksperimentering. Det handler om at den enkelte medarbeider gis tillitt og ansvar i arbeidet sitt, og som nevnt i sitatet ovenfor, synes det å oppleves som noe utfordrende da ansatte har vanskeligheter med å følge opp det som utarbeides av for eksempel pleieplaner. Konsekvensen av en slik utvikling over tid, er at ansatte kan miste motivasjon og inspirasjon. Ringvirkningen av dette kan i ytterste konsekvens gå utover den gode pleien som byens innbyggere skal ha. Marnburg (2001:128) forklarer dette dithen at læringen i denne sammenheng handler om at dersom handlingene man gjennomfører er vellykket, så opparbeider man seg kognitive skjemaer og script for hvordan ting skal gjøres. Ideene går i fra papir til handling og de som utfører handlingene vil bygge opp langt mer detaljerte kognitive skjema enn hva som er mulig å få skrevet ned på papiret og i planer. Det viktigste i denne sammenhengen, sett i ett læringsperspektiv er at der faktisk blir gjort noe. Marnburg 2001:129 skriver det så godt der han hevder at «(...)læring og utvikling svært ofte oppstår som ett resultat av at noen har handlet (...). Budskapet i teorien



kan vi oppsummere til at poenget er å handle! Den enkelte medarbeider skal i følge den organisatoriske læringssirkel ha frihet til å handle under ansvar (ibid).

#### 4.2.2 «Ledelsen gjør så godt de kan».

På spørsmål om hvordan man opplever å komme med tilbakemeldinger til ledelsen, var det gjennomgående en forståelse blant respondentene om at det var stor takhøyde for å gi dette, men at det ikke alltid ble fulgt opp. Dette forklarte en respondent slik:

*«Ledelsen gjør så godt de kan, men med en avdelingsleder på alle oss er det vanskelig for (...) å følge opp alt. Hun er bare ett menneske hun og. Vi blir hørt på tilbakemeldinger vi gir, men det er vanskelig å klare å følge opp alt».*

En annen respondent sier at hun opplever ledelsen som både lydhør og åpen for forslag til endringer og mener dette skaper en god atmosfære på sin arbeidsplass. Hun forteller videre at det betyr mye at hennes leder deltar i rapporter og diskusjoner og holder seg oppdatert på hva som skjer i «felten».

Med unntak av en respondent, var de øvrige 19 enige i at nærmeste leder gjorde så godt man kunne ut i fra de forutsetningene og midlene som var tilgjengelig. Kritikk i forhold til tidsbruk/tidspress, system og organisering dreide i retning av høyere ledelse i organisasjonen og om Stavanger Kommunes politiske system.

Eksternaliseringsprosessen i den organisatoriske læringssirkelen handler om å gjøre den tause kompetansen om til tilgjengelig kompetanse. Det handler ikke bare om å samle inn informasjon, men også å generere den videre og gi den til dem det angår. Den aller viktigste formen for eksternalisering er som tidligere nevnt i daglige samtaler med virksomhetens ansatte, men kan også skje i form av kurser, møter, arbeidsbeskrivelser og så videre (Marnburg 2000). Resultatene i denne studien viser at helsefagarbeiderne er fornøyde med sin(e) nærmeste ledelses deltakelse i det daglige arbeidet og opplever både å bli hørt og tatt på alvor. Utfordringen for virksomheten kan være å få lagt skikkelig til rette for en god organisering slik at de ansatte interesserer seg for virksomhet som en helhet. Tidligere studier som er gjort viser at daglig kommunikasjon og fysisk nærhet er de største suksesskriteriene for å lykkes (ibid).

### 4.2.3 «Hva har man igjen for ett kurs?».

Med noen få unntak kunne samtlige respondenter bekrefte å ha deltatt på kurs. Dette kunne være seg kurs på timesbasis eller over flere dager. Tilbakemeldingen av nytteverdien varierte og flere respondenter gav uttrykk for at det var kjekt å være med på kurser. Bruksverdien i ettertid var derimot liten.

Respondenter fra henholdsvis hjemmebaserte tjenester og sykehjem uttaler dette:

*«Det har vært en del kurser, men det er vanskelig å se igjen resultater av mye av det. Det skjer liksom ikke noe mer. Det sies jo at når du har vært på kurs skal du dele dette med de andre på jobben etterpå, men det skjer jo aldri».*

*«Du lærer jo litt av kurser, men det er jo begrenset hvor mye. Jeg tror man har mer igjen for en videreutdanning eller ett litt mer omfattende kurs enn bare disse en-dagskursene».*

*«Innholdet i kurset må fenge, jeg har deltatt på nok kurs som ikke har vært interessant».*

Ett flertall av respondentene forteller at de er i gang med arbeid i egne grupper, hvor de jobber med ett opplegg innen demensomsorg. Samtlige av de som nevnte gruppearbeid var utelukkende positive til arbeidet som foregår over tid. Her ble det nevnt fordeler som tverrfaglig jobbing og arbeid over tid. Det ble også stilt krav til deltakerne om deltakelse på fridager og utover arbeidstid. En respondent ansatt i hjemmesykepleien fortalte følgende:

*«Vi har en gruppe nå som jobber med ABC demens, det er permer som gjennomgås i en «lukket» gruppe. Det har gitt meg mye og jeg synes det er kjekt å diskutere det med kollegaene mine. Her er både hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, sykepleiere og ufaglærte med og jeg tror alle føler at de har noe å bidra med».*

En annen respondent forteller det slik: *«Akkurat nå holder vi på med ABC demens permen. Jeg tenkte det var interessant å sitte en gruppe å diskutere, det er en gruppe brukere som øker og tenkte det var kjekt å kunne litt mer om hvordan man skal håndtere det. Det er veldig interessant for da får man være hele dagen på foredrag og får mange tips om hvordan man skal forholde seg til en dement person».*

Resultatene viser at helsefagarbeiderne mener det er varierende hva man har igjen for deltakelse på enkelt-kurser, og at gruppearbeid der man jobber sammen over tid, virker til å ha god effekt på læringen. Læringsprosessene, som nevnt i punkt 2.8, er en fin illustrasjon for å vise effekten ett gruppearbeid kan ha for en positiv læring. Det daglige arbeid, i form av

«learning by doing» overføres til dialog og refleksjon i slike grupper. Her kombineres egne erfaringer med teori, i tillegg til utviklingstrender. Etersom deltakerne bygger opp nye kognitive script og skjemaer blir de i stand til å sette ny kunnskap ut i praksis.

## 5.0 Drøfting

Hensikten med denne studien er å finne ut av, og formidle hvordan helsefagarbeiderne opplever sin arbeidshverdag med fokus på kompetanseutvikling og læring i organisasjonen. Resultatene av disse opplevelsene kan i ett ledelsesperspektiv benyttes for å kartlegge og finne ut av hvilke strategier som er mest hensiktsmessig å satse på i forhold til læringssituasjoner, utnyttelse av kompetanse og hvilke måter som er mest effektive for å skape læring.

I dette kapitlet vil jeg bruke Dixons (1999) læringssirkel som utgangspunkt, og innenfor rammene til den organisatoriske læringssirkel vil jeg drøfte resultatene i studien. En analyse i forhold til læringssirkelen vil vise hvor man, sett i ett ledelsesperspektiv, bør sette inn ressurser for å skape økt læring.

Resultatene i studien er ikke helt entydige. I de ulike intervju situasjonene er det subjektive meninger og oppfatninger som trer fram, og det er like mange meninger som respondenter. Alle respondentene har sin utdanning, erfaringer og personlige meninger om hvordan tingene er og hvordan det bør/skal være. Allikevel er det nokså tydelige mønster i svarene, da særlig i forhold til organisatoriske forhold og sammenhenger.

For å kunne gjøre analyser er det nødvendig å samle resultatene for å si noe om satsningsområdene for ledelsen i forhold til den gruppen undersøkelsen tar utgangspunkt i. Jeg har valgt å trekke ut det jeg mener er de viktigste punktene i hvert tema i undersøkelsen, og det som etter min oppfatning er mest hensiktsmessig å gripe fatt i for å bidra til økt læring.

I tema A) motivasjon, vilje og muligheter til utvikling kan man oppsummeringsvis si at respondentene opplever at 1) mulighetene for deltakelse på kurser og videreutdanning er tilstede dersom man engasjerer seg selv. Trenden viser i følge respondentene, økt satsning fra virksomhetene i forhold til fag og større handlingsrom i forhold til satsningsområder. Allikevel ser det ut til at det er begrenset initiativ fra den enkelte, og flere av respondentene begrunner dette med at de ikke finner tid til kompetanseheving i forhold til egen familiesituasjon og fritid. Videre viser det seg som frustrerende når planlagte aktiviteter som veiledning, kurs, internundervisning, møter og så videre faller ut av dagsprogrammet på grunn av uforutsette hendelser som for eksempel sykdom i avdelingen.

2) Ansvarsområder har blitt innskrenket og flere opplever de sitter på kompetanse som ikke blir utnyttet. Regelverket har de senere årene blitt innstrammet og helsefagarbeidere som tok

utdannelsen for en tid tilbake opplever at de tidligere hadde større fullmakter og dermed bredere kompetanse, særlig i forhold til sykepleiefaglige oppgaver. Denne gruppen opplever å ha blitt fratatt oppgaver som de tidligere gjorde daglig og med det også mistet verdifull kompetanse de en gang hadde.

3) Kravet til kompetanse økes i takt med samfunnsutviklingen. Resultatene viser at helsefagarbeiderne opplever økte krav fra arbeidsgiver, både i forhold til kunnskap og arbeidsoppgaver.

Tema B) hvor godt fungerer de organisatoriske læringsprosesser oppsummeres med 1) en opplevelse av at ledelsen gjør så godt de kan ut i fra gitte forutsetninger. Resultatene viser at det er store enheter og grupper som skal ledes og at det oppfattes som om ledelsen ikke får tid til å følge opp det som ideelt sett burde blitt gjort.

2) Det er stor takhøyde for diskusjoner, og løsninger på daglige utfordringer løses best i samarbeid med kollegaer. Samtlige virksomheter har etablerte møtepunkt og disse oppleves som svært nyttige.

3) Kompetanseheving som skjer på arbeidsplassene blir ikke utnyttet tilstrekkelig. Resultatene viser svikt i ressursutnyttelse både i forhold til hva den enkelte har av grunnkunnskaper fra utdanning, i tillegg til at det ikke blir prioritert å dele nyervervet kompetanse fra deltakelse på seminarer og kurser. Verdien av kurs er varierende. Flere av respondentene melder om liten nytteverdi av kurs, men fremhever gruppearbeid som positivt og det synes å ha større effekt både på læring og erfaringsoverføring.

### **5.1 Resultatene sett i lys av den organisatoriske lærings sirkel.**

Ved å analysere resultatene i studien ut i fra de fire stegene i lærings sirkelen til Nancy Dixon (1999), vil det, sett i ett lederperspektiv, gi ett godt utgangspunkt for hvor det bør settes inn ressurser og innsats for å skape mer læring i organisasjonen.

Lærings sirkelen er på sett og vis er ett uttrykk for organisasjonskultur, håndtering og prioritering av informasjon, i tillegg til ett bilde av hvordan organisasjonen forsøker å tilrettelegge for utvikling og utnyttning av kompetanse. Med dette som utgangspunkt vil den videre drøftingen identifisere faktorer i de ulike fasene, som kan virke fremmende og hemmende for læring i virksomhetene.

### 5.1.1 Sosialiseringprosessen.

I den første fasen av læringssirkelen er tilgjengelighet ett stikkord for suksess. For at suksesskriteriene skal være til stedet må informasjon være tilgjengelig for de som trenger den. Dixon (1999) poengterer at innsamlingen av informasjon (både intern og ekstern) bør innhentes av de som er nærmest kilden, i denne sammenheng; helsefagarbeiderne. I praksis betyr dette at det er denne gruppen som skal samle inn informasjon som skal bidra til økt læring i virksomheten. Eksempler på ekstern informasjon kan være tilbakemeldinger fra brukere og pasienter, pårørende, samarbeidspartnere som for eksempel bestillerkontor og behandlingsteam rundt brukerne/pasientene, og for øvrig følge med i samfunnsutviklingen for relevant informasjon. Videre er det viktig at man åpner opp for å lære av utenforstående som ikke har de samme meningene og holdningene til ting som en selv har, og det er nettopp i en slik situasjon at læring oppstår. Intern informasjon som finnes i organisasjonen må gjøres kjent for de som trenger den, uavhengig om det er positivt eller negativt.

Resultatene i denne studien viser at den kollektive læringen basert på det første steget i læringssirkelen til dels er svekket.

Det første jeg vil trekke frem er den enkeltes personlige engasjement og vilje til utvikling. Det er en forutsetning for å lykkes i denne prosessen at hver og en av de ansatte engasjerer seg og ivrer etter å finne ut om tjenesten dem yter er god nok, om noe svikter og hva som eventuelt kan gjøre annerledes. Sosialisering skjer når den ansatte påvirkes i dagliglivet av omgivelsene sine og tilpasser seg omverdens normer. Overføringen av den tause kunnskapen som her skjer, er vanskelig å oppnå på andre måter (Marnburg 2001). Det betyr at det er en forutsetning at ansatte innehar en stor grad av lærevillighet, nysgjerrighet og vilje til å ta ansvar, for å kunne oppnå mål om økt læring. Undersøkelsen avdekker ambivalens fra respondenter i forhold til ønske om å lære og det å ta initiativ selv for å oppsøke læring. Flere respondenter forteller om forventninger de har til arbeidsgiver i forhold til å få tilbud om kurser og deltakelse på seminarer. Ansatte forventer i stor grad at det er arbeidsgiver som skal finne fram til tilbudene og at tidspunktene skal legges innen arbeidstiden. Dersom kurs avholdes utenfor arbeidstid er der forventninger om kompensasjon for tapt fritid. Videre viser det seg at det er få av respondentene som har oppsøkt kurser på eget initiativ og at deltakelse på veiledninger ikke forekommer i særlig stor grad.

Stortingsmeldingen nr 13 (2011-2012) legger føringer for økte kompetansekrav blant helsearbeidere og begrunner dette med at det trengs kvalifiserte arbeidstakere for å møte

fremtidig behov. Med bakgrunn i samfunnsutviklingen og utviklingen i tjenestene beskriver den en framtid med tjenester i endring og en videreføring av kunnskap blant helsearbeidere. Den legger føringer for at hver enkelt ansatt må utnytte sin kunnskap til det fulle for å gi de beste tjenestene til våre brukere og pasienter.

I en tid der det stilles krav fra både arbeidsgiver og samfunnet for øvrig om å holde seg faglig oppdatert, er det da slik at man kan tillate en passivisering av kompetanseheving fra den enkelte arbeidstaker? Hvilket ansvar har den enkelte selv for å holde seg faglig oppdatert og hvor mye kan man forvente at arbeidsgiver skal legge til rette for?

Det er ingen entydige fasitsvar på disse spørsmålene og det kan være nødvendig å ta diskusjonen i hver enkelt virksomhet for å bevisstgjøre både arbeidstakere og arbeidsgiver i forhold til å avklare gjensidige forventninger. På den måten kan man starte arbeidet mot felles mål, og som Marnburg 2001:120 skriver: «(...) følelsen av å være en viktig del av virksomheten, en bidragsyter som har betydning og har mulighet til fortløpende læring og utvikling» er en forutsetning for å lykkes. Så vil det være opp til virksomhetens evne og vilje til å benytte seg av informasjonen, om prosessene lykkes eller ei.

Ett viktig stikkord i denne sammenheng er motivasjon. Respondentene forteller om planlagte aktiviteter som går ut på grunn av uforutsette hendelser som sykdom, tidspress eller andre hendelser i den daglige driften. Dette er hendelser som vil være med på å svekke prosessene, da det oppleves som både frustrerende og demotiverende ikke å få gjennomføre oppsatte aktiviteter.

En annen forutsetning for å lykkes i sosialiseringprosessen er at flest mulig av de ansatte kommer i kontakt med de ulike nivåene i virksomheten (Marnburg 2001). Resultatene viser at kontaktflaten mellom ledelse og ansatt er liten, og ansatte føler seg trygge i både arbeidssituasjon og arbeidsforhold. Dette er med på å minske avstanden mellom de på «gulvet» og ledelsen og skaper dermed større spillerom for informasjonsdeling. Det vil være av betydning at ledelsen spiller med åpne kort, slik at ansatte lett kan få tak i relevant informasjon.

Standardisering av arbeidet, innstrammet regelverk og prosedyrer har i sin tur bidratt til å hindre spredning og utvikling av lokal kunnskap for helsefagarbeiderne. Helsefagarbeiderne som tok utdanning for mer enn ti år siden forteller om utvidede fullmakter og hverdager der de gjorde enkelte sykepleiefaglige prosedyrer som den største selvfølge. Disse oppgavene har

de senere årene blitt ført tilbake til sykepleierne og det er bare en liten brøkdel som fortsatt innehar disse oppgavene, da med dispensasjon fra virksomhetene og helseforetak. Denne utviklingen har, etter respondentenes synspunkt, bidratt til å forringe kunnskap som en gang fantes og med dagens utvikling i forhold til underdekning av helsepersonell er det grunn til å spørre seg om ikke dette er noe man bør se på for å kunne både gi faggruppen ett løft, i tillegg til at det vil avhjelpe en allerede presset arbeidssituasjon både for helsefagarbeidere og sykepleiere.

### 5.1.2 Eksternaliseringsprosessen.

I eksternaliseringsprosessen, som er den prosessen som skal gjøre den tause kompetansen til tilgjengelig kompetanse, er budskapet å få spredt informasjonen til de som kan dra nytte av den. Det er nå man skal sørge for at ansatte vet hva som skjer både internt og eksternt, i tillegg til at man utnytter den kompetansen som finnes i virksomheten (Marnburg 2001).

Denne prosessen, hvor informasjon skal opptas i organisasjonen, forringes til tider av «støy». Mye kan tyde på at Dixons (1999) fire mekanismer som hemmer integrering av informasjon kan vise seg gjeldene i organisasjonene, da særlig med tanke på informasjonsfordelingssystemer. I dette ligger det at systemene fordeler informasjonen til hvem man *antar* har interesse av den, og dermed utelukker en gruppe man da antar ikke har interesse av informasjonen. Dette kan i praksis føre til passivitet blant ansatte og ansatte ledes dermed til å «forvente» at relevant informasjon blir servert av andre, i stedet for å aktivt søke selv. Dette bekreftes gjennom resultatene i studien der respondenter forteller at muligheter for kompetanseheving og læring er tilstede dersom man aktivt oppsøker mulighetene selv. I tillegg viser studien at respondentene opplever at gevinsten ved deltakelse på kurs er varierende og at det er en utfordring for deltakere som har vært på kurs å dele av sin nyervervede kunnskap. Dette skyldes både organisatoriske årsaker, der det ikke blir lagt til rette for kunnskapsdeling i form av å stille krav og disponere tid til det, så vel som den enkeltes ansvar. Dette er en forutsetning for å lykkes i prosessen og er en svakhet i forhold til kollektiv læring.

Videre kan man i lys av resultatene peke på tiltak som vil virke fremmende for læring og som er tilrettelagt i samtlige av de virksomhetene hvor respondentene har sitt daglige arbeid, nemlig gode muligheter for daglig dialog, mellom både kollegaer og ledelse. Læringssirkelen og eksternaliseringsprosessen vektlegger viktigheten av daglig kommunikasjon og fysisk nærhet for meningsutveksling og samhandling. Resultatene viser at de ulike virksomhetene



har gode treffpunkter, i form av spisepauser, rapporter, fagmøter og andre relevante arenaer for både formell og uformell møtevirksomhet.

Det er for undertegnede motstridene at studien på den ene siden viser gode arenaer for kollektiv læring, men på den andre siden har store utfordringer i forhold til å spre kompetansen. Egen erfaring tilsier at det er mye å hente i forhold til disponering av arbeidstiden. Hvordan virksomheten velger å legge opp arbeidsdagen utover direkte bruker- og pasienttid er opp til hver enkelt virksomhet, og mye tyder på at samtlige virksomheter som deltok i denne studien har noe å hente i nettopp måten man disponerer tilgjengelig tid på, i tillegg til å ansvarliggjøre den enkelte i forhold til kunnskapsdeling. For at dette skal fungere må man være villige til å trø noen skritt tilbake og finne ut av hvilke alternativer man har, hvordan det gjøres andre plasser og hva som kan passe hos oss? Kanskje kan det være lurt å sende ansatte ut på hospiteringer i andre virksomheter for å finne ut av hvordan de løser ulike problem? På den måten vil man både tilegne ny og viktig informasjon (sosialiseringsprosessen) i tillegg til at det er de ansatte selv som kan komme opp med nye løsninger og dermed få ett større eierforhold til det og på den måten skape engasjement. En lav arbeidsdeling og mulighet til å påvirke beslutninger vil være med på å styrke den enkeltes helhetssyn på virksomheten, noe som er en hovedforutsetning for å lykkes i eksternaliseringsprosessen (Marnburg 2001).

### **5.1.3 Kombinasjonsprosessen.**

Kombinasjonsprosessen, som handler om å se både egne erfaringer, handlinger og virksomheten som sådan i forhold til teorier og intensjoner, er en prosess som krever at flere organisatoriske tilrettelagte forhold er tilstede for å kunne lykkes. Resultatene viser at samtlige respondenter opplever å ha gode treffpunkt for dialog. Videre viser det seg at daglige utfordringer i form av vanskeligheter knyttet til daglig arbeid hos brukere/pasienter løses i disse foraene, uten nevneverdige problem. Helsefagarbeiderne melder om at de rådfører seg med både ledere, sykepleiere og andre kollegaer med relevant utdanning og erfaring.

En utfordring som melder seg i denne prosessen er det som ikke angår nødvendigvis daglig arbeid, men forståelsen av organisasjonens strategier og hvorfor ting blir som de blir. Dixon (1999:127) stiller opp ulike forutsetninger som må være tilstede for at en kollektiv forståelse av situasjonen skal kunne oppstå: 1) fornuftig fordeling av kompetanse og ekspertise blant deltakerne, 2) egalitære verdier, 3) organisasjonens størrelse og 4) prosesser og ferdigheter som fremmer organisatorisk dialog. Resultatene sier noe om særlig punkt 3 og 4. Flere

respondenter melder at de ser ledelsen gjør så godt de kan, men at forutsetningene for å lykkes ikke alltid er tilstede. Store grupper, særlig innen hjemmesykepleien, gjør det vanskelig både å få informert og engasjert hele gruppen. Turnusordninger og deltidsstillinger vanskeliggjør denne prosessen da man ikke får med alle, alltid. Videre er det som nevnt i tidligere avsnitt, dette med personlig engasjement. Selv om virksomheten har vært ute med informasjon i forhold til strategier og analyse, er det ikke alltid ansatte forstår situasjonen og tar ansvar i forhold til den informasjon som blir gitt. Dette vil være forhold som er med på å hemme kombinasjonsprosessen og dermed muligheten for organisatorisk læring.

Prosesen søker å kunne fremme aktiviteter der medarbeiderne lager seg egne meninger om hvordan verden er og hvordan den henger sammen. For å lage gode teorier på dette kreves det et godt og solid kompetansegrunnlag og en kritisk holdning til dagens holdninger (Marnburg 2001:125). Eksempel på dette kan være å spørre seg: Hvordan vil denne tjenesten se ut om ti år? Hvilke forventninger tror vi at neste generasjon eldre vil ha, og hvordan skal vi med dagens utvikling klare å imøtekomme forventningene? Er det noen forskjell på hvordan vi yter våre tjenester i forhold til andre tilsvarende tjenesteytere?

For å kunne svare på disse spørsmålene må man utvikle teorier på hva som gjør virksomheten til en god servicevirksomhet, og ikke minst kunne finne ut om ens egen overblikk over situasjonen er gode nok. I praksis er det en stor fordel at det er stor spredning i kompetanse i virksomheten, dette vil bidra til å øke kvaliteten i prosessen i tillegg til at medvirkning fra ansatte er en viktig faktor for til å skape forpliktelse i forhold til oppfølging (ibid).

En implementeringsutfordring i denne sammenheng, slik som undertegnede ser det ut i fra egen erfaring, er å få ledelse og ansatte i samme tankebane. Å skape ett eierforhold til både virksomheten som arbeidsplass i tillegg til arbeidsoppgavene kan være en utfordring. Det er store grupper ansatte (som jobber til ulike tidspunkt), i tillegg til at veldig mange ansatte er opptatte av det daglige arbeidet (og skal være det) som er å gi god stell og pleie til brukerne/pasientene. Forutsetningene for å forstå virksomhetens strategier er kanskje ikke alltid til stedet, noe som kan være med på å hemme læring. En måte å utfordre dette på kan kanskje være å ha økt fokus på å formidle virksomhetsplaner, da utover personalmøter? Kan man tjene på å investere mer tid til slikt arbeid? Utfordringen ligger i å skape gode beslutningsprosedyrer uten at noen føler seg overkjørt.

Ett noe overraskende resultat i studien viser det motsatte av det som ble avdekket i en studie gjort av G.&E. Sandvik (2008), nemlig at profesjonskampen var mye mindre enn hva

undertegnede antok på forhånd. Helsefagarbeiderne forteller om ett godt samarbeidsklima med andre faggrupper på sine arbeidsplasser og gir uttrykk for at de mener deres meninger betyr noe og blir lyttet til. Dette er med på å fremme læringsforholdene og minsker avstanden i maktrelasjonene. Respondentene forteller om episoder der fagansvarlige i avdelingen innhenter tilbakemeldinger fra dem i forhold til enkeltbrukere for å bruke i informasjonsutveksling med andre samarbeidspartnere. Dette er positive bidrag som er med på å øke den enkeltes selvfølelse og kan utgjøre en stor forskjell der helsefagarbeideren får signaler om at man har noe viktig å bidra med, i tillegg til en bekreftelse på at man innehar informasjon som er nyttig for virksomheten.

#### **5.1.4 Internaliseringsprosessen.**

Internaliseringsprosessen er leddet i læringssirkelen der ideer og planer skal settes i verk og gjennomføres. Budskapet her er «å handle!». Poenget i denne prosessen er at dersom det som gjennomføres er vellykket, opparbeides det nye kognitive skjema og script for hvordan arbeidet skal utføres. I forhold til læring er det prosessen der det *faktisk blir gjort noe* som er viktig, og ikke på bakgrunn av all planleggingen. En forutsetning for å lykkes er at den enkelte medarbeider har frihet til å handle selv, under eget skjønn og initiativ (Dixon 1999, Marnburg 2001).

Resultatene viser at denne delen av sirkelen til dels er ivaretatt. Igjen er det opplevelsen av at det daglige arbeidet i form av direkte bruker/pasientarbeid og oppfølgingen i forhold til disse er delvis ivaretatt, men det viser igjen svikt i leddet i forhold til organisatoriske forhold der større planer skal iverksettes.

Når det gjelder direkte bruker/pasientarbeid svikter det til tider i forhold til oppfølging av planer hos brukere/pasienter. Resultatene viser at det er utfordringer i forhold til å få ansatte til å følge gitte beskjeder og utføre bestemte handlinger som på forhånd er utarbeidet av enten leder eller kollegaer. Lite kontrollerende omgivelser skal være positivt i forhold til å fremme læring, men kan oppleves som svært frustrerende når forventningene ikke innfris. Dette var det flere respondenter som fortalte historier om, der de selv hadde vært med på å sette i gang tiltak som ikke ble fulgt opp av kollegaer. Konsekvensen av dette kan føre til holdninger som virke demotiverende og direkte ødeleggende for læringsprosessen. Hva er det som gjør at slike ting skjer? Og hva kan man gjøre for å unngå slike uheldige situasjoner? Er det ansatte som mangler opplæring? Den skadelidende parten her vil være brukeren/pasienten som ikke får den servicen/tjenesten han eller hun skal ha. Det kan handle om bagateller, som for

eksempel å ta med søppelet før man forlater hjemmet/rommet, re opp sengen, ta oppvasken eller andre praktiske gjøremål. Resultatet er at nestemann som kommer på vakt må gjøre jobben og dette er med på å skape unødvendig frustrasjon. I andre tilfeller kan det handle om mer alvorligere ting som involverer medisinsk behandling, hygiene, ernærings situasjon og så videre. Uansett er utgangspunktet det samme, nemlig at ansatte ikke har vært lojale mot det som har blitt bestemt. Dette er en lederutfordring, men kan etter min mening ikke løses av lederne alene. Det handler igjen om å få myndiggjort medarbeidere som tar ansvar og engasjerer seg i egen hverdag.

For å trekke dette videre inn i neste diskusjon, kan dette handle om manglede kompetanse eller opplæring?

Det er etter egen erfaring og respondentens tilbakemeldinger, en utfordring at det er så store personalgrupper med ulik bakgrunn. Helsefagarbeiderne som deltok i studien forteller om utfordringer i forhold til nyansatte uten relevant kompetanse og erfaring. I tillegg er det en økende andel utenlandske arbeidere som jobber i de ulike virksomhetene. Helsefagarbeiderne opplever at opplæringen som legges på dem er en belastning og at deres egen arbeidssituasjon vanskeliggjøres da de ofte har med seg en nyansatt. I tillegg snakker mange dårlig norsk og dette fører, i følge respondentene i studien, til en dårligere kvalitet på tjenesten.

Helsefagarbeidere på sykehjem forteller at det er flere av deres nye kollegaer som ikke forstår særlig mye norsk. Dette fører til urolige pasienter, og resultatet er at den som er på vakt både må drive opplæring i tillegg til å roe ned situasjoner med urolige pasienter.

Med det som utgangspunkt, bør man kunne forvente at ansatte til stadig skal drive opplæring på nyansatte? Svaret på det er etter min mening utvilsomt, ja. De beste til å drive opplæring er de som gjør oppgavene daglig og det er de som sitter på den beste kompetansen i forhold til hva som skal læres videre. Men, det er rimelig å anerkjenne den opplevelsen som tilbakemeldingene sier, at det kan være slitsomt og til tider belastende.

For å unngå situasjoner der ansatte blir utslitt og føler seg lite motivert for å drive opplæring, vil en virksomhet som handler etter læringssirkelen tilegne den ansatte så stor frihet at vedkommende kan løse oppgaven etter sitt beste skjønn og under lite kontrollerende omgivelser. Kan det være en ide' å innføre belønningssystem for de som har mye opplæring? Egne grupper som blir gode på opplæring og som belønnes for dette underveis? Poenget her er at det i denne sektoren alltid vil være mye opplæring, og kanskje bør man sette av tid sammen med de ansatte som driver opplæring for å finne ut av hvordan man best mulig kan

løse disse utfordringene sammen. Hva er det som skal til for at man sikrer en god opplæring og hva er det som skal til for at ansatte går fra delvis negative holdninger til opplæring til en positiv holdning? Svarene på disse problemstillingene sitter ikke ene og alene hos ledelsen, de finner man hos de som eier frustrasjonen; nemlig de ansatte selv.

Som tidligere beskrevet i resultatdelen, viser studien at det ofte blir mye snakk om tiltak og ting som bør/skal gjøres, men at det til tider oppleves som det ikke skjer noe utover dette. Dette er holdninger som bidrar til å hemme læringsprosesser og ikke minst holdninger til læring hos de ansatte. Når det er sagt, synes det som om virksomhetene tillegger helsefagarbeiderne stor tillit i form av prøving og feiling, og respondentene mener de har stor frihet til å handle under ansvar. Det fortelles om oppmuntring i forhold til å ta initiativ og at omgivelsene til en viss grad er lite kontrollerende. Dette er en forutsetning for å lykkes i læringssirkelen og er helt klart med på å fremme læringsprosessene.

For å tydeliggjøre drøftingen så langt, har jeg satt opp følgende tabell for å illustrere hva som er læringsfremmende og læringshemmende ut i fra resultatene:

Læringsnivå	Læringsfremmende	Læringshemmende
<b>Sosialisering</b>	- Nær kontakt med brukerne/pasientene - Lav terskel for å ta kontakt med ledelse	- Motivasjon til læring - Standardisering
<b>Eksternalisering</b>	- Gode rammer for treffpunkter og dialog - Lav arbeidsdeling	- Forståelse av virksomhetens strategier - «Støy» i informasjonen
<b>Kombinasjon</b>	- Lett å spørre om råd - Lav terskel for diskusjoner - Godt forhold til kollegaer	- Lite kontrollerende omgivelser
<b>Internalisering</b>	- Opplæring	- Organisatoriske forhold - For mye opplæring - Svikt i oppfølging

Tabell 3: Oppsummering av drøftingen.

## 5.2 Ledelsesmessige utfordringer og anbefalinger.

Av resultatene å tolke, samt egen erfaring, er de ulike virksomhetene organisert slik at alle ansatte har en mellomleder som sin nærmeste leder. Mye tyder på at mellomlederen er den som skal knytte sammen visjoner og strategier samt den praktiske hverdagen som de ansatte opplever. Mellomlederen fungerer som organisator og tilrettelegger, og innehar en meglerrolle. Dette er helt i tråd med det som Nonaka 1995 i Marnburg 2001 vektlegger som viktige oppgaver for mellomlederrollen. Utfordringen for lederen i denne type virksomhet der det er mange ansatte, turnusarbeid og ikke minst begrenset tilgang på ressurser, er å få «sett» alle sine medarbeidere, og legge til rette for å utnytte potensialet i den allerede eksisterende kompetansen. Ikke bare er dette undertegneds erfaring, men det er nettopp dette resultatene viser. Kompetansen i denne type virksomhet vil ofte være større blant ansatte på «gulvet» og ledes viktigste oppgave for å utvikle og øke både den individuelle og kollektive læringen vil ikke være å definere daglige gjøremål, men å legge til rette for utvikling. Utfordringen, som resultatene viser, er opplevelsen av mangel på tid og en oppfatning av at «lederen gjør så godt han/hun kan». Dersom læring, både den individuelle og kollektive, skal settes på dagsorden er det nødvendig at det blir prioritert nok tid til formålet. Det må skje uten at de ansatte opplever det går på bekostning av sine daglige arbeidsoppgaver. I hjemmesykepleien blir virksomhetene stadig større og lederne får desto flere ansatte å forholde seg til. I følge Dixon (1999) gir organisasjoners størrelse og struktur interaksjonsmuligheter. Kan det være slik at virksomhetene i denne studien vokser seg for store? Bør det settes ett «tak» for hvor mange ansatte en mellomleder skal ha ansvaret for? Resultatene underbygger disse tankene, der respondentene melder om travle ledere som gjør så «godt de kan».

Alle virksomhetene har gode arenaer for felles treffpunkt. Utfordringen er å utnytte disse møteplassene til det fulle. Gruppearbeid synes å ha god effekt og virke positivt for læring. Konkrete arbeidsoppgaver i etablerte grupper med klare retningslinjer synes å fungere godt. Her får deltakerne bli trygge på hverandre og ingen får muligheten til å «stikke seg bort». Imidlertid er det viktig å samle de ansatte som har samme interesse for de ulike emner og gjerne på tvers av profesjoner.

Læringsutbytte vil øke dersom ledelsen stiller tydelige krav og legger til rette for at ansatte som har deltatt på kurser får avsatt tid til å dele sin kunnskap med andre. Ikke bare bør det avsettes tid til gjennomføring, men også planlegging. Dette bør kommuniseres i forkant av kursdeltakelsen slik at begge parter er innforstått med krav og forventninger. Samtidig er det viktig at kravene som stilles er tilpasset den enkelte ansatt. Ikke alle er komfortable med en

felles undervisning og læringen kan for eksempel foregå i grupper, som skriftlig materiale eller på annen måte som passer for begge parter.

Å lære av hvordan andre gjør ting er en god måte å innhente både inspirasjon og informasjon. Hospiteringer og/eller kontaktnettverk i andre bydeler/kommuner vil være en god måte å legge til rette for økt læring. Ikke bare vil man få nye impulser, men personalet vil også føle seg betydningsfull og viktig, i tråd med god personalpolitikk og lederteori. Dixon (1999) bruker hospiteringer i sin teori om hvordan man kan oppnå økt læring på arbeidsplassen og foreslår blant annet å betale ansatte for å oppsøke tilsvarende virksomheter andre steder når de er på ferie.

## 6.0 Kritisk refleksjon

Utgangspunktet for studien, var å få en dypere forståelse for helsefagarbeidernes opplevelser i forhold til individuell og kollektiv læring i hjemmesykepleien og på sykehjem. Jeg ønsket å se nærmere på hvordan helsefagarbeiderne opplever at deres arbeidsgivere forholder seg til læring, og hva de selv bidrar med for å øke egen kompetanse. Motivet var å se dette i en ledersammenheng, for å finne ut av hvilke prosesser som fremmer og hemmer læring på arbeidsplassen.

Det er tidligere gjort lite forskning som omfatter den yrkesgruppen jeg har valgt å se nærmere på, og med det som bakgrunn var det interessant å jobbe med ett lite utforsket felt. Formålet var å få frem respondentenes subjektive meninger, og deres tanker og opplevelser i forhold til tema.

Ved å velge en kvalitativ tilnærming begrenser det en generalisering. De respondentene som har deltatt i studien har uttrykt subjektive meninger og opplevelser, og det kan derfor ikke gjøres gjeldene generelt i sektoren. Allikevel kan det tenkes at resultatene ikke ville blitt så ulike i lignende virksomheter, da respondentene har samme verdiplattform. Resultatene fra de ulike respondentene var svært sammenfallende, og antall respondenter og virksomheter som deltok var av betydelig størrelse.

Antallet respondenter ble i utgangspunktet satt til 30 stk. Etter hvert som intervjuene ble gjennomført reduserte jeg antallet til 20. Dette på grunn av respondentenes sammenfallende «like» svar. Jeg vurderte det dithen at nok informasjon var samlet inn, og med begrenset tid var det mer fornuftig å konsentrere seg om det videre arbeidet. I tillegg utvidet jeg fra bare å omfatte hjemmesykepleie, til også å gjelde ansatte på sykehjem. Utgangspunktet for avgjørelsen var utfordringer med å få tilbakemeldinger om deltakelse fra alle forespurte arbeidsplasser, og jeg ser i ettertid at det kan være en styrke for oppgaven å hente inn informasjon i en annen type virksomhet i tillegg. Utfordringen i forhold til å inkludere en ny arbeidsplass, var å tilpasse spørsmålene som jeg allerede hadde utarbeidet og startet på. Dette tilpasset jeg etter min mening greit.

En mulig svakhet i denne studien er valg av metode. For å øke validiteten på studien ytterligere kunne det med fordel vært triangulert mellom metoder, og blandet mellom intervjuer og et standardisert spørreskjema. På grunn av tidsperspektivet ble ikke dette gjort, samtidig som problemstillingen tilsier at det er i hovedsak subjektive meninger og opplevelser for emnet som det ønskes forskes på.



Jeg har reflektert mye over egen rolle som forsker. Både i den forstand at jeg er uerfaren, i tillegg til at jeg har min stilling som mellomleder i tilsvarende virksomhet som studien tar utgangspunkt i. Dette har til tider gitt meg store utfordringer, både i forhold til intervjusituasjonene og presentasjon av resultatene og drøftingen. Jeg har vært redd for at respondentene skulle legge bånd på seg og dermed fortelle det de trodde jeg ønsket å høre. Dette kan være en svakhet ved studien. På den andre siden var jeg veldig klar i min framstilling av meg selv og i presentasjon av studien, poengterte at jeg ikke var sykepleier, og at jeg hadde ett klart ønske om å se på hvilke opplevelser helsefagarbeiderne har og presiserte at det var gjort lite forskning på yrkesgruppen. Dette er etter min oppfatning med på å styrke respondentenes tillit til meg som forsker.

Jeg har min utdanning i sosialfag, noe jeg mener bidrar til at jeg ser «verden» med andre briller enn om jeg hadde vært sykepleier, noe som er nærliggende å tenke både ut i fra valgt problemstilling og egen arbeidserfaring. Det er min oppfatning at sykepleierne har en sterk identitet og fellesskap, der sykepleiefaget står sterkt hos den enkelte. Mitt fokus har ikke vært hvordan de utøver sitt fag, noe jeg forøvrig har mindre kunnskap enn respondentene om, og jeg vil tro dette har bidratt til å minske maktrelasjonen mellom meg og respondentene. Forhåpentligvis har dette bidratt til at respondentene har snakket mer åpent med meg.

Studien har ikke omfattet lederne i virksomhetene. Det kan være en mulig svakhet da man ikke har fått innblikk i de organisatoriske forholdene sett i lederperspektiv. Særlig det som gjelder tidsbruk i arbeidstiden kan være en faktor som kan tenkes å avvike ut i fra ett lederansatt perspektiv.

## 7.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å få innblikk i helsefagarbeiderens opplevelser i forhold til egenutvikling, deling av kunnskaper og erfaringer på arbeidsplassen, samt å finne ut av hvilke forhold som fremmer og hemmer kollektiv læring i en virksomhet.

For å få mer innsikt i problemstillingen ble følgende forskningsspørsmål formulert: 1) *hvordan er helsefagarbeiderens motivasjon og vilje til utvikling?* 2) *hvilken mulighet for utvikling opplever helsefagarbeideren å ha på sin arbeidsplass?* og 3) *hvor godt fungerer de organisatoriske læringsprosessene internt i virksomhetene?*

Studien viser ambivalens i forhold til helsefagarbeidernes vilje og motivasjon til å videreutvikle seg i form av utdanning. Mulighetene for videreutdanning og deltakelse på kurs er fra arbeidsgiverside i følge respondentene tilstede, men dette kreves egeninnsats. Egeninnsatsen viser seg tidvis å være utfordrende å mobilisere, og det er flere ytre faktorer som skal være tilstede for å gjennomføre videreutdanning og kurser. Eksempler er familieforhold og lønn under utdanning. Resultatene viste at nytteverdien av kurs oppleves som varierende, både på grunn av kursets relevans, og at utnyttelse av nyervervet kompetanse ikke i tilstrekkelig grad blir brukt.

Studien viser at uforutsette hendelser i daglige aktiviteter ofte fører til utsettelse og avlysning av kompetansehevende tiltak blant medarbeiderne. Regelverk og standardisering av ansvarsområder er innstrammet, og respondentene opplever ikke å få utnyttet kompetansen de selv mener de har. Det betyr at virksomhetene er i besittelse av taus kunnskap de ikke får utnyttet, som igjen kan bidra til å virke lite motiverende for ansatte og hemmende for læringsprosesser.

Organisatoriske læringsprosesser fungerer til tider godt i virksomhetene. Lav arbeidsdeling, nær kontakt med brukere/pasienter og samarbeidspartnere, lav terskel for diskusjoner og rådgiving, samt gode relasjoner til kollegaer, er faktorer som legger forholdene til rette for læringsprosesser. Studien viser at det er god og nær kontakt med ledelse, og rammene for treffpunkt og dialog er bra. Dette skulle bygge ett godt fundament for gode læringsarenaer.

Imidlertid hemmes disse forholdene av store grupper ansatte og manglende forståelse av virksomhetsstrategier. Helsefagarbeiderne opplever tidvis at ting ikke blir fulgt opp, og mener at leder ikke har tilstrekkelig tid til oppfølging på grunn av stor arbeidsmengde. Dette vil være

forhold som bidrar til å hemme læringsforhold og skaper støy i informasjon og kommunikasjon.

Resultatene i studien synliggjør hvilke faktorer som virker fremmende og hemmende for kollektiv læring i virksomhetene. For å øke læringspotensialet i virksomhetene må faktorene synliggjøres, slik at man kan bruke det videre i forbedringsarbeidet på arbeidsplassen. Dersom virksomhetene evner å bruke informasjonen på rett måte, sette inn nødvendige tiltak og inkludere medarbeidere, kan resultatet føre til økt læring og dermed økt kompetanse.

### **7.1 Implikasjoner for videre forskning.**

Denne studien har tatt for seg yrkesgruppen helsefagarbeidere. For undertegnede ser det ut til at det er gjort lite forskning på denne gruppen, mens det finnes flere studier i forhold til sykepleiere. Gjennom arbeidet med oppgavens problemstilling, har det åpnet seg problemstillinger som kunne vært interessant å undersøke, da i forlengelse av denne studiens resultater.

En interessant vinkling i denne forlengelse, kunne være å utføre en tilsvarende studie i forhold til mellomlederrollen, og hvordan lederens syn på kompetanseutvikling på arbeidsplassen er. Avvikene mellom helsefagarbeidernes syn og lederens syn, kunne dannet ett grunnlag for videre arbeid i forhold til kollektiv læring på arbeidsplassen.

Hvilke typer personligheter, og hva som utgjør forskjellen mellom de som er ekstra motiverte for innsats og de som «følger strømmen» kunne også være en spennende vinkling for videre forskning. Denne oppgaven fokuserer i stor grad på kollektiv læring, men som skrevet innledningsvis er det en nødvendighet for kollektiv læring at der finnes individuell læring. Her kunne man gått dypere i ulike motivasjonsteorier, atferdsteorier og lignende, for å finne ut hvilke type personligheter som finnes og hva det er som utgjør en forskjell.

## 8.0 Litteraturliste.

Agyris, C. & D. Schön (1978). “*Organizational learning*”. *A theory of action perspective*. Reading, Massachusetts: Addison- Wesley.

Busch, Tor; «*Overføring av læring*». Artikkel publisert i *Nordisk Pedagogik*, 1994, nr 2, 87-100.

Dixon, N. (1994). “*The organizational learning cycle*». New Jersey: McGraw-Hill.

Jacobsen, Dag Ingvar. (2000).«*Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*». Høyskoleforlaget. Kristiansand.

Lai, L. (2008) «*Strategisk kompetansestyring*». Oslo: Fagbokforlaget.

Larsen, Ann Kristin (2007, 2. utgave) «*En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*». Fagbokforlaget, Bergen.

Marnburg, E. (2001) «*Den selvutviklende virksomhet*». Gyldendal Akademiske. Oslo. 3.opplag.

Moxnes, P. (2000). «*Læring og ressursutvikling i arbeidsmiljøet*». Oslo: P. Moxnes.

*Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, nr 1-2011, 7. årgang; «*Kompetanseutvikling på sykehjem; ansattes perspektiv*», Brenden, Storheil, Grov og Ytrehus.

Stene, Morten (2003, 2 utgave) «*Vitenskapelig forfatterskap. Hvordan lykkes med skriftlige studentoppgaver*». Morten Stene og Kalle forlag 1999.

Super, Donald E. (1980).”*A Life-Span, Life-Space Approach to Career Development*”. *Journal of Vocational Behavior* 16, 282-298.

Yukl, G.2006. “*Leadership in Organizations*”. Pearsons Education, Inc, Upper Saddle River, New Jersey, 07458. 6<sup>th</sup> Ed.

**Lover, forskrifter, meldinger og rundskriv.**

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). Samhandlingsreformen. Folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver. (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Kommunehelsetjenesteloven (1982). Lov om helsetjenesten i kommunene (1982-11- 19).

Lokalisert på <http://www.lovdato.no>.

Kunnskapsdepartementet. (2008-2009). Utdanningslinja. (St.meld nr 44, 2008-2009). Oslo: Departementet. Lokalisert på <http://www.lovdato.no>.

**Rapporter.**

Døvigen, E., O.B. Ure, A. Tobiassen, & D. Hertzberg (2006) *Kompetanseutviklingsprogrammet 2000-2006. Sluttevaluering*. SNF-rapport nr. 32/2006, Fafo-rapport 551.

Livslang læring i norsk arbeidsliv, resultater fra Lærevilkårsmonitoren, 2003, Fafo, Wittusen & Jensen.

Sandvik, Gunn og Erik (2008); Master of Servicemanagement; «*Kunnskapsdeling i en kommunal pleie -og omsorgstjeneste*».

Texmon I. & N. M Stølen. 2008. «*Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030*». [http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp\\_helse/rapp\\_200909/rapp\\_200909.pdf](http://www.ssb.no/emner/06/01/rapp_helse/rapp_200909/rapp_200909.pdf)

Vibe N., Brandt S.S & Hovdhaugen E. «*Evaluering av Kunnskapsløftet. Underveisrapport fra prosjektet «Struktur, gjennomføring og kompetanseoppnåelse. Underveis i videregående opplæring*». <http://www.nifu.no/Norway/Publications/2011/Webrapport%2019-2011.pdf>

**Internett referanser.**

Døving E. «Læringsmiljø og sosial kompetanse» 02/2002.

[http://www.idunn.no.ezproxy.uis.no/ts/beta/2002/02/leringsmiljo\\_og\\_sosial\\_kompetanse?highlight=kompetanseutvikling på arbeidsplassen#highlight](http://www.idunn.no.ezproxy.uis.no/ts/beta/2002/02/leringsmiljo_og_sosial_kompetanse?highlight=kompetanseutvikling+på+arbeidsplassen#highlight)

[www.fagforbundet/yrkesgrupper.no](http://www.fagforbundet/yrkesgrupper.no)

Kvålshaugen R & K. J Breunig: «Strategisk kompetansesstyring i prosjektbaserte organisasjoner: Fra et forbrukerperspektiv til et produsentperspektiv». 03/2009

<http://www.idunn.no.ezproxy.uis.no/ts/pof/2009/03/art02>

Stavanger Kommune, «Omsorg 2025».

<http://www.stavanger.kommune.no/PageFiles/6806/Omsorg%202025.pdf>

*Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i studien.*

**Forespørsel om deltakelse i en studie om kompetanseheving og læring blant helsefagarbeidere i hjemmebaserte tjenester og sykehjem.**

Mitt navn er Pia Kristensen, og jeg er student ved Universitet i Stavanger og holder for tiden på med en avsluttende masteroppgave i studiet Master i Serviceledelse. Temaet jeg har valgt for studien er «*kompetansebygging og erfaringsoverføring blant helsefagarbeidere i kommunal pleie og omsorgstjeneste*».

Dette med bakgrunn i at jeg til daglig er avdelingsleder i en virksomhet selv, og finner det spennende og interessant de problemstillingene som vi i helsevesenet står ovenfor både i dag og framover, nemlig det økende behovet for kompetanse blant helsepersonell slik at vi kan møte utfordringene og kravene som stilles til oss i forbindelse med både Samhandlingsreformen, Omsorg 2025, den mye omtalte «eldrebølgen», samt ikke minst de utfordringene vi i dag har i forhold til rekruttering.

Det jeg ønsker å finne ut av er hva som motiverer helsefagarbeideren til å øke sin kompetanse, hvilke muligheter de ser finnes på arbeidsplassen og hvordan læringsprosesser skjer i virksomhetene.

Jeg ønsker å intervju 5 helsefagarbeidere i hver virksomhet og hvert intervju tar ca. 30 minutter. Under intervjuet ønsker jeg å bruke opptak i form av lydbånd. Dette er for å sikre at jeg får med all informasjon og for å kvalitetssikre studien. Lydbåndene vil bli slettet umiddelbart etter oppgaven er ferdigstilt i desember 2012, og alt datamateriell vil bli oppbevart konfidensielt i henhold til regelverk. Data som framkommer underveis vil forbli anonyme, og din tilknytning til oppgaven vil gjøres ugjenkjennelig.

Skriftlig svar på om dere er interessert i å la meg gjennomføre denne undersøkelsen i deres virksomhet kan sendes meg via e-mail: [pia.kristensen@stavanger.kommune.no](mailto:pia.kristensen@stavanger.kommune.no) eller pr. telefon : 97 54 07 80.

Håper på positiv tilbakemelding.

Med vennlig hilsen

Pia Kristensen

## Vedlegg 2: Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger, NSD.

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Einar Marnburg  
Norsk hotellhøgskole (NHS)  
Institutt for økonomi og ledelsesfag  
Universitetet i Stavanger  
4036 STAVANGER

Vår dato: 22.05.2012

Vår ref:30607 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.05.2012. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 21.05.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

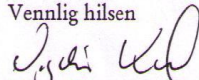
30607	<i>En kvalitativ studie av kompetansebygging og erfaringsoverføring blant helsefagarbeidere i hjemmehaserte tjenester</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Einar Marnburg</i>
Student	<i>Pia Kristine Kristensen</i>

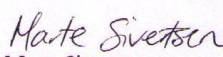
Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Pia Kristine Kristensen, Stanglandsforen 9, 4318 SANDNES

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uil.no



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 30607

Viser til telefonsamtale 21.05.12. Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men så lenge lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt i desember 2012.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller bakgrunnsvariabler eller gjennom kode og navneliste/koblingsnøkkel.

*Vedlegg 3: Intervjuguide.*

## INTERVJUGUIDE

Starter intervjuet med å fortelle om bakgrunnen for undersøkelsen og litt om avhandlingen, i tillegg til en kort orientering om intervjuform, taushetsplikt og behandling av datamaterialet.

**Spørsmål knyttet til den enkelte.**

1. Kort om egen bakgrunn, alder, hvor lang fartstid i yrke og på nåværende arbeidsplass.
2. Det vi vanligvis forstår med læring, er at man gjennom erfaring og ny kunnskap kan gjøre ting på en ny og forbedret måte- synes du dette er en grei måte å forstå læring på?
3. Mener du at du i dag har en grei overensstemmelse mellom utdanningen din og dine arbeidsoppgaver? Hvorfor/hvorfor ikke?
4. Hvilke krav i arbeidssituasjonen din synes du det er vanskeligst å møte?
5. Har du deltatt på kurser/videreutdanning? Hvorfor? Er der noe du har blitt tilbudt som du har sagt nei til? Hvorfor?
6. Hvordan ser du på framtiden i forhold til egen kompetanse og hva som kreves av deg for å kunne gjøre en god jobb?
7. Har du tatt noen kurser som ligger utenfor det som din leder har tilbudt deg? Hvorfor? Hvorfor ikke?
8. Hva ligger i din erfaring som du ikke fikk i utdannelsen din?
9. Dersom du er hos en bruker der du ser at rutiner ikke fungerer, hvordan forholder du deg til det? Hvordan følges dette opp?

**Spørsmål knyttet til organisasjonen.**

10. Hvordan synes du denne arbeidsplassen følger opp alle de krav og forventninger som den seneste tid har kommet, særlig med tanke på samhandlingsreformen? Synes du at dine kollegaer får noe ut av det?
11. Med tanke på alle reformer og omstillinger som har vært, og som vi i tiden framover må forventes å komme, så opplever hjemmesykepleien ett betydelig økt trykk. Hva er det som gjør at vi gjør en bedre jobb i dag? Hvorfor? Eventuelt hvorfor ikke?
12. Er det noe som din arbeidsplass gjøres i dag, som ikke ble gjort før- som du opplever er med å svekke kvaliteten på arbeidet?

**Spørsmål knyttet til miljø.**

13. Hvordan opplever du den faglige tilhørigheten på jobb? Er der rom for diskusjoner og samspill og oppleves dette som meningsfylt blant deg og dine kollegaer?
14. Dersom dere har en utfordrende arbeidssituasjon i forhold til en bruker, hvordan går dere fram for å prøve å gjøre situasjon bedre?
15. Dersom du gir tilbakemeldinger til ledelsen om ting som kan gjøres på en annen måte, hvordan opplever du da at tilbakemeldingen blir mottatt og fulgt opp?
16. I løpet av en arbeidsuke på jobb, hva synes du er mest interessant?
17. Har du hørt om en annen arbeidsplass der de gjør tingene på en annen måte?

Før vi avslutter intervjuet, er det noe du ønsker å tilføye?