

June Ystanes Van Ooyen

«Du kan ikke rekruttere hvis du ikke beholder»

En kvalitativ studie om hvordan avdelingsledere i kommunal helsesektor opplever utfordringer og handlingsmuligheter med å beholde og rekruttere helsepersonell

Masteroppgave i rådgivningsvitenskap

Veileder: Ottar Ness

Juni 2023

June Ystanes Van Ooyen

«Du kan ikke rekruttere hvis du ikke beholder»

En kvalitativ studie om hvordan avdelingsledere i kommunal helsesektor opplever utfordringer og handlingsmuligheter med å beholde og rekruttere helsepersonell

Masteroppgave i rådgivningsvitenskap
Veileder: Ottar Ness
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for pedagogikk og livslang læring



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Det er godt dokumentert at det er mangel på helsepersonell, også i Norge. Særlig opplever kommunale sykehjem det som vanskelig å rekruttere og beholde helsepersonell. Sykepleiere og helsefagarbeidere rapporterer et stort press og arbeidsbelastning, noe som gjør at flere ønsker å slutte. For at kommunal helsektor skal kunne dekke gapet mellom mangel på helsepersonell og etterspørsel av helse- og omsorgstjenester, er det en forutsetning at helsepersonell vil fortsette å jobbe på sykehjem. Hensikten i denne studien er dermed å gi kunnskap om hvordan kommunal helsesektor har handlingsrom for å bli mer attraktive på sikt. For å få kunnskap om potensielle handlingsmuligheter vil denne oppgaven ta utgangspunkt i avdelingsleder som nærmeste leder til helsepersonell på sykehjem. Fokuset vil dermed være hvilke handlingsmuligheter avdelingsledere opplever som nyttig for å rekruttere og beholde helsepersonell i kommunal sektor.

Gjennom en kvalitativ intervjustudie ønsket jeg å undersøke følgende problemstilling: «Hvilke utfordringer og muligheter opplever avdelingsledere i kommunal helsesektor med å beholde og rekruttere helsepersonell?». Studien hadde kvalitativ design og strategisk utvalg. Seks kvinnelige avdelingsledere i kommunale sykehjem, deltok på intervju. Alle deltakerne hadde erfaring med rekruttering og ulik grad av ledererfaring. Intervjuene ble analysert ved bruk av tematisk analyse. Analysen produserte fire hovedtemaer med egne medfølgende undertemaer som redegjør for avdelingsledere sine opplevelser av utfordringer og muligheter for å beholde og rekruttere helsepersonell: 1. «Gradvis endring trengs for å beholde og rekruttere helsepersonell», 2. «Investering i ansatte skaper motivasjon», 3. «Å ha et godt omdømme påvirker rekruttering av helsepersonell» og 4. «Kompetanseheving er attraktivt».

I diskusjonen ble funnene sett i lys av teori og tidligere forskning. Teorigrunnlaget omhandlet samskaping, relasjonsorientert ledelse og psykologisk trygghet, kompetansebehov og utvikling, og motivasjon på arbeidsplassen. Tidligere forskning bidra til å støtte opp og aktualisere både teori og funnene bedre. Diskusjonen ble delt inn i tre deler: 1) betydningen av å investere i ansatte, 2) arbeidsfordeling og samhandling på tvers av nivå kan gjøre det attraktivt, og 3) betydningen av helsesektorens omdømme for å beholde og rekruttere helsepersonell. Dette ble gjort for å illustrere hvordan funnene bygger på hverandre. Først drøfter jeg om betydningen av leders prioriteringer og hvordan dette påvirker hvor attraktivt det er å arbeide i helse. Jeg argumentere for at investering i ansatte vil ha en positiv effekt på det å beholde og rekruttere helsepersonell. Videre diskuteres endring i oppgavefordeling som en løsning for å beholde og rekruttere helsepersonell. Her argumenter jeg for at samarbeid mellom kollegaer og ledelsen, frivillige og pårørende, samt velferdsteknologi som en positiv mulighet og som et potensial for samskaping. Til slutt diskuteres betydningen av omdømmet for å beholde og rekruttere på sikt, med fokus på ansatte og media. Jeg argumenterer dermed at arbeidsplassen i større grad må endres for å tilrettelegge for et godt omdømme. Gjennomgående i diskusjonen er ulike utfordringer ved mulighetene som presenteres og at det er forutsetninger som må være til stede for at løsningene skal kunne implementeres. Alle diskusjonsmomentene fremhever i større grad ledelse, arbeidsmiljøet, psykologisk trygghet og samarbeid som en viktig forutsetning for å flere av løsningene skal kunne være mulig.

Funnene i studien belyser kunnskap om rekruttering, fasilitering av ledelse, gruppedynamikk, omdømmets betydning og kompetanseheving på organisasjonsnivå. Studien åpner også opp for videre forskning.

Abstract

It is well-documented that there is a shortage of healthcare workers, including in Norway. This issue is particularly pronounced in municipal nursing homes, which struggle to recruit and retain healthcare staff. Nurses and healthcare workers report high stress and workloads, leading many to consider leaving their jobs. To bridge the gap between the shortage of healthcare workers and the demand for healthcare and care services, it is crucial to ensure that healthcare professionals continue to work in nursing homes. This study aims to explore avenues through which the municipal healthcare sector can become more appealing and sustainable in the future. The research focuses on the perspectives of nursing managers, who are the immediate managers of healthcare staff in nursing, to uncover effective strategies for recruiting and retaining healthcare professionals within the municipal sector.

The research was conducted through a qualitative interview study, addressing the question: "What are the challenges and opportunities nursing managers in the municipal health sector face in recruiting and retaining healthcare staff?". The study was designed qualitatively with a strategically selected sample of six female nursing managers for municipal nursing homes. All participants had experience in recruitment and different levels of leadership experience. Thematic analysis was used to examine the interviews, resulting in four main themes, each with their sub-theme, illustrating the managers experiences with the challenges and opportunities associated with recruitment and retaining healthcare staff: 1. "Gradual change is needed to retain and recruit healthcare staff", 2. "Investing in employees creates motivation", 3. "Having a good reputation influences the recruitment of healthcare staff", and 4. "Skill enhancement is attractive".

In the discussion, the findings were views in light of theory and previous research. The theoretical basis involved co-production and co-production, relation-oriented leadership, psychological safety, competence need and development, and workplace motivation. Previous research was used to validate and contextualize the theoretical framework and the findings. The discussion was organized into three main points: 1) the significance of investing in employees, 2) task distribution and interaction across levels can make it attractive, and 3) the importance of the health sectors reputation for retaining and recruiting healthcare staff. This was done to illustrate how the findings build on each other. I first discuss the significance of a leader's priorities and how they affect the attractiveness for working in healthcare. I propose that investing in employees will have a positive effect on retaining and recruiting healthcare staff. Following this, I discuss task redistribution as a potential strategy for retention and recruitment, arguing that collaborative relationship between staff, management, volunteers, and relatives, as well as welfare technology, could be a positive solution, and offer substantial co-creation and co-production potential. Finally, I discuss the importance of reputation for long-term retention and recruitment, emphasizing on the role of employees and the media. I argue that the workplace must change more significantly to facilitate a good reputation. Throughout the discussion, various challenges related to the proposed opportunities were examined throughout the discussion, highlighting the necessity of certain prerequisites for the successful implementation of these solutions. These prerequisites included factors such as effective leadership, a supportive work environment, psychological safety, and cooperation.

The findings of the study sheds light in the facets of recruitment, leadership facilitation, group dynamics, reputation management, and skill enhancement. Furthermore, it paves the way for future research.

Forord

Denne oppgaven bidrar til å avslutte mine seks år her i Trondheim. Jeg har hatt mange flott opplevelser her, men det var ikke før jeg startet på masterstudiet i rådgivningsvitenskap jeg følte meg hjemme. Studietiden har bidratt til en hverdagsglede der jeg har gledet meg til å se klassekamerater og forelesere. Samtidig har studiet også utfordret meg på mange måter jeg aldri forventet, noe som har krevd åpenhet, viljestyrke og mot. Studiet har dermed gitt meg en ny bevissthet til hvordan jeg skal møte andre, samt gitt meg en dypere selvforståelse. Masterstudiet har dermed gitt meg uvurderlig kunnskap og relasjoner som gjør dette til en opplevelse jeg aldri vil glemme.

Jeg vil derfor først og fremst takke mine flotte klassekamerater som har være gode støttespillere og sparrepartnere gjennom studietiden, særlig dere på lesesalen. Dere er venner for livet.

Takk til venner, familie og samboer som har vært viktige støttespillere gjennom masteren, og motivert meg når jeg har hatt behov for det. Særlig takk til Rikke som har bidratt til å komme med gode tilbakemeldinger og korrekturlest masteroppgaven.

Videre vil jeg takke alle foreleseren jeg har hatt gjennom studietiden min som har bidratt til min faglige og personlige utvikling. Dere har vært en stor inspirasjon. Spesielt takk til min veileder Ottar Ness som har gitt meg gode tilbakemeldinger og innspill til masteren.

Til slutt vil jeg takke mine flotte deltakere som deltok i denne studien og ville dele nødvendig og innsiktsfulle erfaringer. Det har vært utrolig lærerikt og spennende å få høre deres erfaringer.

June Ystanes Van Ooyen

Trondheim, mai 23

Innhold

Sammendrag	i
Abstract	iii
Forord	v
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans for rådgivningsvitenskap	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring	3
1.4 Tidligere forskning	3
1.5 Oppbygning og struktur	4
2.0 Teoretisk rammeverk	6
2.1 Samskaping i omsorgssektoren	6
2.2 Relasjonsorientert ledelse	7
2.2.1 Fasilitering av psykologisk trygghet og samarbeid	8
2.3 Kompetansegapet i virksomheten.....	9
2.3.1 Rekruttering som strategi for tilegnelse av kompetanse	10
2.3.2 Utvikling av kompetanse som strategi.....	12
2.4 Motivasjon på arbeidsplassen	13
2.4.1 Indre og ytre motivasjon.....	13
3.0 Metodologi	15
3.1 Kvalitativ metode	15
3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted	15
3.2.1 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming	15
3.2.2 Induktiv forskningstilnærming	16
3.3. Datainnsamling	16
3.3.1 Det kvalitative intervjuet.....	16
3.3.2 Beskrivelse av rekruttering og utvalg.....	17
3.3.3 Gjennomføring av intervjuene.....	18
3.4 Transkribering.....	19
3.5 Analysemetode	19
3.6 Forskerrollen og min forståelse	20
3.7 Studiens kvalitet	21
3.7.1 Pålitelighet	21
3.7.2 Gyldighet	22
3.7.3 Overførbarhet	22
3.8 Forskningsetikk	23
3.8.1 Informert samtykke og frivillighet	23

3.8.2 Anonymitet og konfidensialitet	23
4.0 Presentasjon av funn.....	24
4.1 Gradvis endring trengs for å beholde og rekruttere helsepersonell	24
4.1.1 Arbeidsoppgaver som motiverer	25
4.1.2 Politiske rammer setter grenser for endringer	26
4.2. Investering i ansatte skaper motivasjon	28
4.2.1 Ledelsen må være tett på og tilgjengelige	28
4.2.2 Et attraktivt arbeidsmiljø	29
4.3 Å ha et godt omdømme påvirker rekruttering av helsepersonell	30
4.3.1 Media påvirker omdømmet	30
4.3.2 Personalet og studenter bidrar til diskursendring	31
4.4 Kompetanseheving er attraktivt	32
4.4.1 Behov for kompetanseheving	32
4.4.2 Kompetanseheving gjennom samspill	34
5.0 Diskusjon	35
5.1 Betydningen av å investere i ansatte	35
5.1.1 Leders rolle har betydning for ansatte.....	35
5.1.2 Leders fokus på kompetanseutvikling for å rekruttere og beholde ansatte	36
5.1.3 Balansen mellom høyere lønn og prioriteringer av budsjettet	38
5.2 Arbeidsfordeling og samhandling på tvers av nivå kan gjøre det attraktivt	38
5.2.1 Spissing av arbeidsoppgaver og tverrfaglighet	39
5.2.2 Betydning av samskaping for å rekruttere og beholde helsepersonell.....	40
5.2.3 Teknologisk samhandling	41
5.3 Betydningen av helsesektorens omdømme for å beholde og rekruttere helsepersonell	41
5.3.1 Opplevelsene av arbeidsplassen har betydning for omdømmet.....	41
5.3.2 Media og forebygging av negativ effekt på omdømmet	42
6.0 Avslutning	44
6.1 Oppsummering	44
6.2 Praktiske implikasjoner og fremtidig forskning.....	44
6.3 Styrker og begrensninger	45
6.4 Avsluttende refleksjoner	46
Referanser.....	47
Vedlegg	52

1.0 Innledning

Dette er en masteroppgave i rådgivningsvitenskap. Oppgaven handler om bemanningsutfordringer i helse- og omsorgssektoren, med fokus på hvordan avdelingsledere opplever utfordringer og handlingsmuligheter med å beholde og rekruttere helsepersonell.

Helsepersonell er ryggraden i helse- og omsorgstjenestene, og behovet for tilstrekkelig og kompetent personell er avgjørende for å kunne tilby kvalitetssikret helse- og omsorgstjenester (NOU2023: 4, s. 11). Samtidig har det blitt et merkbart press på personell knyttet til levering av helsetjenester. Flere eldre med komplekse pleiebehov, høyere levealder i befolkningen og nye behandlingsmåter vises som sentrale faktorer for behovet for flere helsepersonell og kompetanseheving i fremtiden (Gautun, 2021, s. 143; Skjøstad et al., 2019, s. 4). Etterspørselen av helsepersonell representere dermed et kritisk problem i møte med å tilby kvalitetssikret helsetjenester (NOU2023: 4, s. 12).

Det er imidlertid godt dokumentert at det er en global mangel på helsepersonell, også i Norge (Gautun, 2020; Helsedirektoratet, 2021; Myklathun, 2023; WHO, 2022). Pressen formidler ukentlig historier om utlyste stillinger uten kvalifiserte søkere og medarbeidere som rapportere uønskelige arbeidsforhold med stort arbeidspress og belastning (f.eks. Larsen, 2022; Madshus, 2023; Rosenlund-Hauglid, 2023). I NAV sin bedriftsundersøkelse (Myklathun, 2023, s. 12) estimeres det en mangel på ca. 14 600 helsepersonell i Norge, særlig rekruttering av sykepleier og helsefagarbeidere til kommunale helsetjenester vises som vanskelig, og som en fremtidig utvikling (Hjemås et al., 2019; Skjøstad et al., 2019). Resultater fra Norsk Sykepleierforbund avgangsundersøkelse blant 3. års sykepleierstudenter viste at kun 2 av 10 ønsker å arbeide i kommunal helsetjeneste (Gautun, 2021, s. 22). Dette knyttes til at sykehjem anses som å ha lav status, lite fagmiljø, mye ansvar og ingen eller få kollegaer å lene seg på. Flere kommuner opplever også utfordringer med å beholde helsepersonell (Gautun, 2020; Hjemås et al., 2019) og kan ses i sammenheng hvilke faktorer som gjør det attraktivt for ansatte å fortsette i sin nåværende stilling (Rasmussen & Kjevnik-Wycherley, 2019, s. 316). Gautun et al. (2016) avdekket i sin rapport «Underbemanning er selvforsterkende» at nesten halvparten av alle sykepleiere som jobber på norske sykehjem eller hjemmetjeneste mistrives eller ønsker å slutte grunnet tidspress eller for stor arbeidsbelastning. Dette står også i tråd med WHO (2022) sin rapport om en økning i sykefravær, utbrenthet blant helsepersonell og et større ønske om å forlate yrke.

For at kommuner skal sikre sine helse- og omsorgstjenester i fremtiden, er en forutsetning at helsepersonell som sykepleiere og helsefagarbeidere vil fortsette å jobbe på sykehjem (Løvik et al., 2023, s. 3). Helsepersonell anses som den viktigste ressursen i helse- og omsorgstjenesten og avgjørende for god pasientbehandling. Tjenesten må derfor utvikles og tilrettelegges slik at medarbeidere kan utvikle seg og å få kompetanse for å kunne utføre tjenesten på en forsvarlig måte. Betydelige tiltak og endringer må derfor igangsettes for at det skal bli attraktivt og mulig å stå i arbeidet gjennom et langt yrkesaktivt liv (NOU2023: 4, s. 15).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans for rådgivningsvitenskap

Valg av temaet i denne masteroppgaven er knyttet til min egen arbeidserfaring innenfor kommunal helsesektor og interesse for rekruttering. Etter å ha jobbet i helsesektoren opplever jeg at det er et tydelig behov for flere medarbeidere, noe som underbygges i dette sitatet fra Rambøll og Menon (2022, s. 4): «*Utfordringene med å sikre tilstrekkelig finansiering og tilgang på helsepersonell, har lenge blitt beskrevet som en av de største samfunnsutfordringene i vår tid*». Som Rambøll og Menon beskriver her,

er tilgang til helsepersonell et viktig samfunnsproblem som må løses, og kan ses i samsvar med litteraturen om behovet for flere helsepersonell i møte med fremtidens etterspørsel (f.eks Gautun, 2021; Løvik et al., 2023; Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019). Det må derfor skje endring og innovasjon i hvordan helse- og omsorgstjenesten driftes og er organisert (Helsedirektoratet, 2021; Rambøll & Menon, 2022; WHO, 2022). Jeg ønsket derfor å få mer kunnskap om hvordan kommunal helsesektor har handlingsrom for å bli mer attraktivt.

I et rekrutteringsperspektiv vil det være sentralt å forstå hva som gjør at ansatte slutter for å kunne iverksette tiltak slik at det blir attraktivt for helsepersonell å bli værende og starte i helsesektoren. Ved å få innblikk i hva som bidrar til å gjøre en arbeidsplass attraktiv vil jeg argumentere for at tema er relevant for fagfeltet rådgivningsvitenskap. Rådgivningsvitenskap handler om å tilrettelegge for relasjoner, vekst og utviklingsmuligheter, både på individ, gruppe, organisasjon og samfunnsnivå (Kvalsund, 2015, s. 27-43). Ved å forske på utfordringer og handlingsmuligheter for å beholde og rekruttere helsepersonell, vil dette kunne tilføre kunnskap om rekruttering, fasilitering av ledelse, gruppedynamikk og kompetanseheving på organisasjonsnivå (Fikse, 2015, s. 168- 174). Studien bidrar dermed til en forståelse av hvordan organisasjoner kan tilrettelegge for utvikling i møte med rekrutteringsutfordringer. Slik kunnskap kan dermed tenkes å være overførbart til andre arbeidsplasser. I tillegg vil oppgaven kunne være relevant for karriereveiledning ut ifra at studien kan gi innsikt og kunnskap om fremtidens karrieremuligheter og kompetansebehov i arbeidsmarkedet.

For å undersøke temaet opplevde jeg at det var viktig å utforske avdelingsledernes perspektiv, da de er nærmeste leder for helsepersonell på sykehjem (se 1.3) og representerer en sentral rolle i rekrutteringsprosessen av helsepersonell. Avdelingsledere kan dermed tenkes å tilby verdifull innsikt i temaet. Litteratursøk viser imidlertid få norske studier som har utforsket avdelingslederens sine erfaringer og opplevelser (Berge & Eilertsen, 2020; Løvik et al., 2023). Økt kunnskap om hva som kan gjøres, kan dermed bidra til å skape økt bevissthet rundt mulige grep som kan tas og kunne aktualisere disse (Løvik et al., 2023, s. 3). Dette ledet så til oppgavens problemstilling og hensikt.

1.2 Problemstilling

I denne delen vil oppgavens hensikt og problemstilling presenteres. For å belyse hvordan avdelingsledere opplever det å beholde og rekruttere helsepersonell ble det viktig å inkludere både muligheter og utfordringer med tematikken. Muligheter representere løsninger og handlingsrom for helsesektoren i fremtiden som avdelingslederne opplever å gjøre det mer attraktivt å jobbe i kommunal helsesektor. Mens utfordringer tar for seg hvorfor ansatte slutter som er relevant for å se hvilke endringer som organisasjonen har behov for. Problemstillingen blir dermed:

«Hvilke utfordringer og muligheter opplever avdelingsledere i kommunal helsesektor med å beholde og rekruttere helsepersonell?»

Her stilles det et spørsmål om hvordan avdelingsledere i kommunal helsesektor opplever muligheter og utfordringer med å beholde og rekruttere helsepersonell. Hensikten i denne masteroppgaven er derfor å bidra til ny kunnskap som kan bidra til forståelse av handlingsrom for hvordan kommunal helsesektor kan ta mulig grep knyttet til mangel på helsepersonell, slik at kommunal helsesektor kan være bærekraftig i et endrende samfunn og arbeidsmarked. Problemstillingen er med på å avgrense oppgaven og jeg vil videre avklare sentrale begreper og presenterer avgrensningene tatt.

1.3 Begrepsavklaring

Avdelingsledere har ansvar for å oppnå virksomhetens mål gjennom faglig ledelse og personalledelse, samt overholdelse av budsjett (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019, s. 324). Rollen avdelingsledere har i virksomheten kan forstås ut ifra et mellomledesperspektiv. Basert på et mellomledesperspektiv anses avdelingsledere som sentrale i virksomhetens fremtidige strategiske prosesser, der de formidler kunnskap til både ansatte og toppledelsen (eks enhetsleder) og bidra med strategiske anbefalinger for drift (Hope, 2015, s. 13-7). Avdelingsleder har dermed ansvar for drift, som organisering av arbeidsoppgaver, overholdelse av budsjett og personal (Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019, s. 324). Grunnet sin nærhet til ansatte og ledelsen kan avdelingsledere derfor anses som å ha en sentral rolle i virksomheten (Ryland, 2015, s. 47), da de både får innsyn i helsepersonell sin hverdag og krav fra ledelsen. Oppgaven setter derfor fokus på avdelingslederens erfaringer i møte med rekruttering og anbefalinger knyttet til muligheter for endring og løsninger.

Videre vil jeg ta for meg begrepet *helsepersonell*. Helsepersonell defineres ifølge helsepersonelloven (1999, §3-1) som personell med lisens eller autorisasjon, eksempelvis leger, sykepleiere og fagarbeider (se helsepersonelloven, 1999, §48-49), og personell som yter helsehjelp. Personell som utfører helsehjelp innenfor helse- og omsorgstjenesten anses som helsepersonell, ettersom krav om forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §3-1). Studenter og elever som i forbindelse med faglig opplæring i helse- og omsorgssektoren anses også som helsepersonell. I denne oppgaven vil det tas hovedsakelig utgangspunkt i både autoriserte helsepersonell, sykepleiere og helsefagarbeidere, samt sykepleier og helsefagstudenter/elever.

Til slutt vil begrepet *kommunal helsesektor* avgrenses og defineres. Det norske helsesystemet er organisert av forskjellige forvaltningsnivå; Staten, kommunen og fylkeskommunen. Staten eller Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helsepolitikken i Norge (Ringard et al., 2014, s. 16). Staten har siden 2002 hatt ansvaret for spesialhelsetjenesten og er organisert i fire regionale helseforetak; Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør- Øst (Skjøstad et al., 2019, s. 4). Fylkeskommunen har ansvar for tannhelsetjenester. Kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten og har blant annet ansvar for allmennfastlege, hjemmetjenesten, kort- og langtids institusjonspleie og helsestasjoner (Ringard et al., 2014, s. 16). I denne oppgaven vil det tas utgangspunkt i kommunale omsorgsinstitusjoner, mer spesifikt sykehjem.

1.4 Tidligere forskning

Litteratursøk gjennom Google scholar og Oria med søkeord som «rekruttering og helsepersonell», «bemanningsutfordringer i helse», «beholde sykepleiere» og «recruitment, retention and health workers», viser til en stor mengde forskning om rekruttering og det å beholde helsepersonell. Det er likevel fortsatt viktig å påpeke noen forskjeller fra det dette studiet. For det første er flere av studiene basert på et utvalg av sykepleiere og ikke helsefagarbeidere som i oppgaven. Funnene om sykepleiere anses likevel som å være overførbart. Noen av studiene er også basert på kvantitativ forskning, mens denne undersøkelsen har brukt en kvalitativ forskningsmetode. Til slutt vises det til begrenset studier gjort på sykehjem, men som den tidligere omtalte rapporten fra NOVA (Gautun et al., 2016) tyder på at sykehjem og sykehus har sammenfallende vurderinger. Jeg vil derfor presentere funn fra både sykehjem og sykehus, men hovedsakelig ta utgangspunkt i kommunal sektor.

Manglende faglig utvikling, lav fagdekning, lite faglig samarbeid, uønskelige arbeidsforhold (psykologisk og fysisk belastning) og for mye ansvar vises til som årsaker

til at helsepersonell slutter (f. eks. Gautun et al., 2016; Hayward et al., 2016; Nei et al., 2015; Rasmussen & Kjevnik-Wycherley, 2019). To vitenskapelige rapporter (Bratt & Gautun, 2018; Gautun et al., 2016) avdekker at sykepleiere opplever økt arbeidsmengde og mindre tid til å pasientpleie i kommunal helsetjeneste. Flere sykepleiere og helsefagarbeidere rapporterer at de har vurdert å slutte, da de opplever i større grad å jobbe med andre eller flere oppgaver enn de forventet av rollen. Helsepersonell opplever også både i hjemmetjenesten og sykehjem å ha fått flere og kompliserte oppgaver som de må utføre med samme eller lavere bemanning enn tidligere (Gautun, 2020; Watts, 2022). I undersøkelsen av Gautun (2021, s. 154) fremheves det en sammenheng mellom bemanningsutfordringer og dårlig tjenestekvalitet, der mangel på kvalifisert personell fører til flere feil blant personalet, høye utgifter og vikarer. Undersøkelsen viser også høyt sykefravær, der flere av vaktene som skal dekke sykepleiere- eller helsefagarbeiderkompetanse bemannes med lavere kompetanse (Gautun, 2021, s. 145-149). Kompetanseheving, kollegafellesskapet, lønn og autonomi løftes frem som sentralt for å tiltrekke og beholde helsepersonell (f.eks. Berge & Eilertsen, 2020; Løvik et al., 2023; Rasmussen & Kjevnik-Wycherley, 2019).

Studier viser også til utfordringer med ledelse som en grunn til at ansatte slutter (Hayward et al., 2016; Løvik et al., 2023). Særlig beskriver sykepleiere at innsatsen de legger i arbeidet ikke blir validert av leder og lite muligheter for faglig utvikling. Samtidig kan ledelse anses som sentralt for å forbedre helsepersonell sin arbeidshverdag. Flere peker på betydningen av lederskap som vesentlig for å motivere og støtte helsepersonell for å redusere turnover og fremme jobbtilfredshet, samt påvirke ansattes utvikling og læring på arbeidsplassen (Gautun, 2020; Hayward et al., 2016; Nei et al., 2015). Berge og Eilertsen (2020) fant også at aktivt lederskap fremmer et godt rykte, da omdømmet fremheves som viktig for å beholde og rekruttere kvalifiserte personell til sykehjem.

For å oppsummere viser forskning på feltet i hovedsak grunner til at helsepersonell slutter og hva som trengs for at de skal ønske om å bli. Særlig trekkes det frem sykepleieres opplevelser. Det finnes imidlertid få studier som fremhever avdelingsledere sitt perspektiv eller potensielle handlingsmuligheter. Studiet vil derfor prøve å belyse dette utgangspunktet.

1.5 Oppbygning og struktur

Masteroppgaven er delt inn i seks kapitler, med flere underkapitler som tar for seg tematikken og bidrar til å strukturere oppgavens formål.

Kapittel 1 tar for seg den innledende delen av oppgaven. Her aktualiseres temaet, noe som bidrar til å gi innblikk i tematikken. Videre beskrives bakgrunnen for temaet, problemstillingen og tilhørende avgrensninger og begrepsavklaringer, samt tidligere forskning på feltet. Til slutt gis det informasjon om oppgavens oppbygning og struktur.

Kapittel 2 redegjør for teorien i oppgaven. Her består kapittelet av flere teorier som bygger opp oppgavens teoriforankring, der det redegjøres for teori om samskaping, relasjonsorientert ledelse og psykologisk trygghet, kompetansebehov og utvikling, og til slutt motivasjon på arbeidsplassen.

Kapittel 3 handler om oppgavens metodologi. Det redegjøres for kvalitativ metode og vitenskapsteoretiske ståsteder som legges til grunn for forskningen. Videre beskrives kvalitativt intervju og tematisk analyse. Til slutt etiske- og kvalitetsvurderinger som har blitt foretatt underveis.

Kapittel 4 presenteres studiens funn og består av fire overordnede tema med tilhørende undertema.

Kapittel 5 tar for seg diskusjonen. Det vil foretas en kritisk sammenligning og overveielse av avdelingslederens opplevelse opp mot teori og tidligere forskning.

Kapittel 6 er avslutningen av oppgaven. Her fortas det en oppsummering, implikasjoner om studiets bidrag og videre forskning, styrker og begrensninger med studien og til slutt avsluttende refleksjoner.

2.0 Teoretisk rammeverk

I kapittelet teoretisk rammeverk vil det teoretiske grunnlaget for studien presenteres. Teorien er valgt for å belyse oppgavens problemstilling og forskningsfunn. Først vil jeg presentere teori om samskaping som et utviklingspotensial for helsetjenestene slik at det på sikt kan bli mer attraktivt å jobbe på sykehjem. Deretter vil jeg presentere relasjonsorientert ledelse som en ledelsestilnærming for hvordan ledelsene kan bruke kommunikasjon, tillit og relasjoner for å tilrettelegge for samarbeid og psykologisk trygghet på arbeidsplassen. Videre vil jeg beskrive kompetanse og kompetansebehov i virksomheten, der jeg etterpå redegjør for både rekruttering og kompetanseutvikling som strategi. Dette er med på å illustrere hvordan deltakeren opplever kompetanse som sentralt for å tiltrekke og få helsepersonell til å bli. Til slutt beskrives indre og ytre motivasjon i lys av selvbestemmelsesteorien for vise til betydningen av motivasjon på arbeidsplassen.

2.1 Samskaping i omsorgssektoren

Tradisjonelt dekker kommunen pasientens behov gjennom bruk av egne ressurser i organisasjonen. Samtidig skaper fremtidens utfordringer om etterspørsel av helsepersonell et åpenbart behov for at mennesker kommer sammen, på tvers av organisatoriske skiller og skille mellom offentlig sektor og befolkningen (Ness & Heimburg, 2020, s. 34; Støstad, 2015, s. 135). Det er behov for å skape nye relasjoner mellom brukere, pårørende, ansatte i helse- og omsorgssektoren, ledere og andre relevante aktører som et potensial for innovasjon og utvikling av offentlig tjenesteproduksjon (Heimburg & Hofstad, 2019, s. 7; Heimburg & Ness, 2021, s. 641). Samskaping presenteres som en slik metode og arbeidsform.

Samskaping har lenge vært anvendt i privat sektor for å utvikle produkter og konsepter, men har de siste årene fått mer oppmerksomhet i offentlig sektor (Heimburg & Ness, 2021, s. 642; Voordberg, 2015, s. 1334). I kommunal sektor er samskaping brukt til blant annet å endre begrensninger ved dagens produksjon og organisering av velferdstjenester, der samskaping anses som et innovativt potensial for å kunne endre tjenestenes kvalitet og innhold (Torfing et al., 2019, s. 801). Her forstås tjenesteyting eller velferdsproduksjon som en vid forståelse av velferd og viser til kollektive samfunnsoppgaver som omsorgstjenester, slik at alle skal kunne ha et godt samfunn å leve i (Eimhjellen & Loga, 2017, s. 8). Kjernen i samskaping handler om å skape noe sammen og består av prosessen der ulike aktører kommer sammen for å utvikle offentlig tjenesteyting og velferd (Røiseland & Lo, 2019, s. 54). Samskaping kan dermed defineres som «at offentlige/private, og sivile aktører arbeider sammen for å dele kunnskap og ressurser med hverandre» (Røiseland & Lo, 2019, s. 54). Med andre ord vil både offentlig sektor og sivile og/ eller private aktører være aktive deltakere i prosessen av å skape verdi.

Samskaping kan skilles mellom de engelske begrepene co-production og co-creation (Heimburg & Hofstad, 2019, s. 9; Røiseland & Lo, 2019, s. 56). Co-production vises til som samhandling mellom bruker og profesjonell til å få til noe, eksempelvis om innbyggere deltar som frivillige på sykehjem som besøksvenner. Mens co-creation handler om at borgere trekkes inn i diskusjoner om offentlige problemstillinger og løsninger, der samarbeidet mellom offentlige aktører og borgere bidrar til nye og bedre løsninger (Røiseland & Lo, 2019, s. 56). Eksempelvis utvikling av stillinger som tillitsvalgt ved sykehjem, slik at borgere kan bidra i styringen. Likevel vises både co-production og co-creation i litteraturen som relaterte begreper og interaktive (Torfing, 2019, s. 802; Voorberg et al., 2015, s. 1335). I denne oppgaven vil derfor co-production og co-creation brukes i samsvar med beskrivelsen av samskaping som et samlende begrep.

Med tanke på samskaping i omsorgssektoren kan samskaping anses som en positiv metode for å aktivere ressurser på tvers av samfunnet. Både ansatte og ledere er viktige i møte med samskaping slik at de utnytter ressurser godt. Eksempelvis bør medarbeider ha en tverrfaglig tilnærming for å søke nye måter å jobbe på, mens ledere bør jobbe med gode investerings- og økonomiske beslutninger (Støstad, 2015, s. 122). Videre for å sikre kvalitetsutvikling i helsetjenester presenterer Støstad (2015, s. 148) velferdsteknologi som sentralt for samskaping. Velferdsteknologi kan defineres som «teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne» (NOU2011:11, s. 99). Helseplattformen som velferdsteknologi utviklet på tvers av ulike aktører for å bedre samhandlingen innad og på tvers av helsetjenester er et eksempel. I tillegg vises samarbeidet mellom frivillige og omsorgssektoren som en sentral strategi for å produsere verdi og velferdsutvikling på. Her vil samarbeidet ses i et prosessperspektiv, alt fra integrering, problem- og oppgavedefinering til selve utførelsen av konkrete oppgaver (Eimhjellen & Loga, 2017, s. 13). Som nevnt brukes ofte frivillige som besøksvenner for de eldre på sykehjem.

Ifølge Eimhjellen og Loga (2017, s. 30-4) finnes det flere drivkrefter og barrierer som påvirker samskaping. En faktor som påvirker samskaping er medarbeidernes holdninger. For å få til gode samskapingsprosjekter må medarbeidere ha positive holdninger til innbygges involvering. Dersom medarbeiderne har negative holdninger til innbygges kompetanse og medvirkning vil dette bidra til å hindre samskaping (Eimhjellen & Loga, 2017, s. 30). Her handler det ofte om at medarbeidere i førstelinjene må være villige til å avvike fra sine vanlige arbeidsrutiner og ha tillit til innbygges kompetanse. Videre for at aktørene skal kunne jobbe sammen vil det også være sentralt med en felles interesse for å kunne skape innovasjon. Et hinder for samskaping blir dermed om det oppstår kryssende interesser, kolliderende mål eller forskjellige forståelser for prosjektet (Eimhjellen & Loga, 2017, s. 34).

Samskaping vises dermed som et viktig potensial for kommunal helsesektor. Ved å bruke formaliserte samarbeid og uformelle nettverk kan medborgere og profesjonelle jobbe sammen i et samskapningsperspektiv for å øke produktivitet og skape innovative løsninger sammen (Heimburg & Hofstad, 2019, s. 14). Etablering av relasjoner og tillit ligger dermed til grunn for samskaping. Ledelsens tilnærming anses dermed som essensielt for å tilrettelegge for godt samarbeid og tillit, både internt og eksternt. Relasjonsorientert ledelse vises dermed som en måte å påvirke medarbeidere gjennom samarbeid med vekt på åpen kommunikasjon og psykologisk trygghet. Jeg vil derfor videre presentere hvordan relasjonen og samarbeidet mellom medarbeidere og leder er sentralt for utvikling av organisasjonsfunksjoner.

2.2 Relasjonsorientert ledelse

I helse- og omsorgssektoren har det blitt en økende oppmerksomhet rundt ledelse (Støstad, 2015, s. 142), spesielt med tanke på den strategiske viktigheten av lederskap og dets påvirkning på medarbeidere. Mye av tidligere lederskapslitteratur har tatt for seg hvordan ledere påvirker medarbeidere gjennom makt, autoritet og innflytelse, og ikke hvordan man bygger relasjoner og samarbeider (Hersted, 2016, s. 20; Uhl-Bien, 2006, s. 655). Gergen (2009, s. 196) fremhever den relasjonelle prosessen som en viktig forutsetning for endring i møte med hurtig samfunnsendringer og utfordringer. *Relasjonsorientert ledelse* representere et slikt skifte i forståelse av lederskapsatferd, med prinsipper om samarbeid, tillit og toveis kommunikasjon for å tilrettelegge for medarbeideres utvikling og læring (Cunliffe & Eriksen, 2011, s. 1429; Gergen, 2009, s.

196-7). Med andre ord bygger relasjonsorientert ledelse på en forståelse av lederskap som å mobilisere samhandlingsprosesser gjennom hverdagslige interaksjoner i organisasjonen og tilhørende kontekst (Uhl-Bien, 2006, s. 655). Cummings et al. (2018) viser at relasjonsorientert lederskap fremmer flere positive utfall som sykepleiernes arbeidsresultater, jobbtilfredshet, produktivitet og ønske om å bli.

Som nevnt vil relasjonsorienterte ledere bruke samarbeid og dialog for å oppnå organisasjonsmål. Ifølge Fikse (2020, s. 76) kan dialog beskrives som en samtale med formål om å bedre kontakt og forståelse mellom to personer. Altså åpner samtalen opp for at begge parter kan uttrykke sine meninger og interesser med mulighet for å anerkjenne og forstå hverandres perspektiv. Dialog anses derfor som et potensial for samspill, læring og nye løsninger, som igjen kan lede til samskaping og innovasjon (Cunliffe & Eriksen, 2011, s. 1436-7; Fikse, 2020, s. 77). For eksempel vises medarbeidersamtaler som nyttig for å kunne diskutere og reflektere rundt medarbeideres arbeidsmåter, da samtalen kan lede til nye løsninger for mer effektivt arbeid. Bruk av dialog åpner dermed opp for både leder og ansatte til å ta inn nye perspektiver og øke sin perspektivbevissthet, noe som igjen kan gi positive organisasjonsutfall som økt lønnsomhet og produktivitet (Fikse, 2020, s. 76).

For å kunne tilrettelegge for god dialog beskriver Fikse (2020, s. 77) at fire kvaliteter må være til stede; å lytte, vise respekt, være fleksibel og kunne uttrykke sin egen stemme. Særlig lytting og anerkjennelse av hverandre vil være grunnleggende for etablering av tillit og samarbeid. Tillit kan anses som fundamentet for å skape en god relasjon, og uten tillit vil dermed være vanskelig å etablere gode samhandlingsprosesser (Fikse, 2020, s. 76). Leder har dermed ansvar for å fasilitere et slik fundament. Ved at leder arbeider gjennom å anerkjenne og lytte på medarbeiders perspektiver, inkludere og legger til rette for at ulikheter forstås som noe positivt, vil dette kunne gjøre at medarbeider føler seg støttet og ivaretatt (Hersted, 2016, s. 20). Dersom leder klarer å tilrettelegge for en slik relasjon vil potensialet for god dialog være til stede. Dette poengterer Cunliffe og Eriksen (2011, s. 1433) også vil bidra til at medarbeider føler seg trygg til å uttrykke seg, noe som kan ses i relasjon til psykologisk trygghet (Edmondson & Harvey, 2020, s. 130).

2.2.1 Fasilitering av psykologisk trygghet og samarbeid

Psykologiske trygghet kan beskrives som i hvilken grad medarbeidere føler seg trygge til å uttrykke egne meninger og tanker uten frykten av negative konsekvenser, som å bli ydmyket, avvist eller straffet (Clark, 2020, s. 2). Med andre ord handler psykologisk trygghet om at medarbeidere tør å være seg selv gjennom å dele relevante følelser og tanker, noe som er sentralt for å lykkes på arbeidsplassen. Særlig i helsesektoren er man avhengige av samarbeid for å kunne utføre arbeidsoppgaver. I arbeidsgrupper med dårlig arbeidsklima vil det ofte være mangel på eller oppleves som lite konstruktivt med tilbakemeldinger, da medarbeidere frykter for status og eventuelt jobb (Edmondson & Harvey, 2020, s. 130). Nembhard & Edmondson (2006, s. 944) poengterer at spesielt medarbeidere i statusbevisste miljø, som i helsesektoren kan muligheter for læring og utvikling bli redusert grunnet manglende ønske om å kommunisere med hverandre, grunnet redselen for avvisning. Å utvikle et arbeidsklima som fremmer opplevelsen av medarbeideres mulighet til å uttrykke seg selv og med hverandre er derfor essensielt for å skape et godt psykologisk arbeidsmiljø og trivsel på arbeidsplassen (Edmondson, 2012, s.118). Samtidig betyr ikke det at psykologisk trygghet bidrar til en avslappet situasjon, men åpner opp for at medarbeidere kan gi hverandre tilbakemeldinger og lære av hverandre, samt hverandres feil, uten redselen for konsekvenser.

Edmondson (2012, s. 138) nevner at leder spiller en sentral rolle for å tilrettelegge for psykologisk trygghet. Leder kan blant annet fremme psykologisk trygghet gjennom å invitere til deltakelse og være tilgjengelig og personlig involvert vil kunne motivere arbeidsgrupper til å lære sammen. Nembhard og Edmondson (2006) viste at ledere som er inkluderende gjennom ord og handling påvirker ansattes opplevelse av psykologisk trygghet, noe som igjen påvirker trivsel og jobbtilfredshet. Ved at leder utarbeider et psykologisk trygt arbeidsmiljø vil medarbeider kunne føle seg trygg til å dele utfordringer uten å være redd for at det medfører konsekvenser (Edmondson & Harvey, 2020, s. 130). Dersom medarbeidere føler seg trygg og støttet av ledere vil dette også kunne åpne opp for bruk og deling ressurser innad i organisasjonen og teamet. Promotering av psykologisk trygghet har vist å fremme teamlæring og samarbeid, som igjen fasiliterer gruppeprestasjon (Edmondson, 2012, s. 145-6). Konsekvensen for fravær av psykologisk trygghet vises som å undergrave ytelse og redusere potensiale hos medarbeidere (Clark, 2020, s. 8). Leders fasilitering av psykologisk trygghet anses derfor som essensielt for positive organisasjonsutfall og vil være noe leder må kontinuerlig arbeide med.

Psykologisk trygghet legger dermed til rette for at medarbeidere enklere kan kommunisere med sine kollegaer og dele informasjon slik at det kan oppstå læring, samhandling og innovasjon. Deling av informasjon og ressurser er derfor essensielt for å kunne dekke virksomhetens kompetansebehov slik at virksomheten kan være konkurransedyktig (Olsen, 2016, s.238). For en virksomhet vil det være viktig å utvikle medarbeider kompetanse for å ha nødvendig kompetanse både i teamet og organisasjonen. Nedenfor vil jeg dermed presentere sentral teori om tilegning av kompetanse i virksomheter. Først vil jeg kort beskrive hva kompetanse er og kompetansebehov, deretter hvordan virksomheter tilegner seg ønsket kompetanse.

2.3 Kompetansegapet i virksomheten

Kompetanse kan defineres på en rekke forskjellige måter i litteraturen (Olsen, 2016, s.240) og handler om å være «i stand til noe». Samtidig når vi definerer begrep som kompetanse, i en eller annen form, handler all kompetanse om handling, endring og læring (Lai, 2021, s. 54). Kompetanse bør derfor forstås som et totalpotensial og kan referer til individets kompetanse, men også teamets og virksomhetens kompetanse. Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i Lai (2021, s. 44) sin definisjon av kompetanse som «*de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål*».

Slike definisjoner må likevel spesifiseres for å kunne forstå hva komponentene innebærer. Når det snakkes om kunnskap kan dette beskrives som hva man kan på et bestemte område, mens ferdigheter handler om det å anvende kunnskap i praksis (Lai, 2021, s. 44). Videre kan evner forstås som de grunnleggende egenskapene og personlig egnetheten for å utføre arbeidet (Olsen, 2016, s. 240). Spesielt evner vises som noe vi kan fra før og er noe vi er ekstra flinke til eller har «talent» for. Til slutt reflekterer holdninger medarbeideres mestringstro på egen kompetanse (Bandura, 1986, s. 127) og er sentralt for kvaliteten av arbeidet som utførers (Olsen, 2016, s.240). Om vi skal vurdere en sykepleiers kompetanse kan vi se på deres kunnskap om diagnoser og medisiner, deres ferdigheter om hvordan de setter sprøyter eller veileder pasienter i stell, og deres holdninger som kommer til uttrykk gjennom omsorgen de viser ovenfor pasienten. Kompetanse består dermed av flere komponenter som utfyller hverandre og utgjør sentrale elementer på arbeidsplassen.

En god forståelse av hvilke kompetanseelementer som er viktige for de arbeidsoppgavene som blir analysert vil dermed være relevant for å spesifisere

kompetansebehov (Olsen, 2016, s. 241). Kompetanseanalysen av virksomhetens kompetansebehov kan forstås som å identifisere kompetansegapet i virksomheten gjennom å se hvilken kompetanse som er nødvendig for å nå sine strategiske mål, og hvilken kompetanse de allerede besitter. For å tilegne seg den kompetansen virksomheten har behov for i fremtiden, vil virksomheten foreta en strategisk vurdering for hvordan de kan tilegne seg kompetanse (Olsen, 2016, s. 238). Strategi handler om å ta overordnede beslutninger som påvirker hele organisasjonen, med formål om å tilpasse organisasjonens best mulig til omgivelsene og oppnå sine definerte mål (Lai, 2021, s. 29). Det finnes dermed to måter som virksomheter kan tilegne seg kompetanse, enten gjennom å tilegne seg den eller utvikle den. Jeg vil dermed videre presentere strategisk rekruttering og kompetanseutvikling for å belyse hvordan kommunal helsesektor kan å ansette eller utvikle sitt kompetansebehov.

2.3.1 Rekruttering som strategi for tilegnelse av kompetanse

Arbeidslivet i dag kjennetegnes av økt konkurranse, endringstakt og globalisering, samt ny teknologi. Offentlige tjenesteytende organisasjoner møter stadig på høyere krav til effektivitet og inntjening (Lai, 2021, s. 29). Ansettelse av nye medarbeidere kan derfor anses som en av de viktigste oppgavene en leder gjør og er en sentral del av virksomhetens strategi for anskaffelse av kompetanse organisasjonen har behov for (Iversen, 2020, s. 11; Lai, 2021, s. 81). Gode ansettelser kan utgjøre en betydelig ressurs for virksomheten, mens feilansettelser vil være kostbart og skape mindre effektivitet, samt påvirke arbeidsmiljø og samarbeid i virksomheten (Iversen, 2020, s. 11). God treffsikkerhet ved ansettelser er derfor nødvendig, da medarbeidere anses som sentrale ressurser for at organisasjoner skal lykkes (Iversen, 2020, s. 11). Med andre ord er det dermed viktig å kunne tiltrekke seg og identifisere de beste kandidatene gjennom en systematisk og profesjonell rekrutteringsprosess (Iversen, 2020, s. 12).

Rekruttering er en stor prosess for alle virksomheter og tar utgangspunkt i å ansette medarbeidere som kan bidra til å gjøre virksomheter mer effektive, skape utvikling og lønnsomhet (Lai, 2021, s. 81). Rekruttering beskrives som rett kompetanse til rett tid (Iversen, 2020, s. 14) og tar for seg hele prosessen, alt fra behovet for kompetanse til ansettelse av medarbeideren (Iversen, 2020, s. 10-12). Selve rekrutteringsprosessen går gjennom syv faser; 1) tiltrekke, 2) behovsanalyse, 3) sikre kandidattilfang, 4) søknadsadministrasjon, 5) seleksjon, 6) ansettelse og 7) introduksjon. Videre vil jeg kort beskrive prosessen steg for steg.

1) Å tiltrekke

Den første fasen tar for seg det å tiltrekke seg medarbeidere og handler om at arbeidsgiver vil fremstå som attraktiv. Flere arbeidsgivere jobber systematisk med å styrke virksomhetens omdømme på arbeidsmarkedet (Iversen, 2020, s. 14). Dette kan forstås som arbeidsgivers merkevarebygging eller «employer branding», og handler om arbeidsgivers rykte i form av forventinger til virksomheten (Bjaalid & Mikkelsen, 2016, s. 134). Eksempelvis om virksomheten tilbyr interessante arbeidsoppgaver, betingelser, arbeidsmiljø og organisasjonsverdier vil bidra til å påvirke arbeidsplassens rykte (Skorstad, 2015, s. 59). Omdømmebyggingen anses som sentralt i møte med potensielle kandidater, da kandidater må ha lyst til å arbeide i virksomheten (Bjaalid & Mikkelsen, 2016, s. 133; Iversen, 2020, s. 14). Gode rekrutteringsprosesser i seg selv er viktig for virksomhetens rykte, da dette kan ofte være første reelle møtet med arbeidsgiver.

2) **Å utføre behovsanalyse**

Deretter gjør virksomheten en behovsanalyse som handler om å finne ut hvilken kompetanse som mangler og deretter utforme en stillingsannonse som presenterer krav til kompetanse og arbeidsoppgaver som inngår (Skorstad, 2015, s. 38). Et grunnleggende skille i stillingsutlysninger med tanke på krav til kompetanse er mellom formell og uformell kompetanse (Lai, 2021, s. 53). *Formell kompetanse* kan forklares som kompetanse basert på kvalifikasjoner som utdanning, kurs eller systematisk opplæring, eksempel sykepleie og helsefagarbeider (Lai, 2021, s. 53). Mens *uformell kompetanse* er knyttet til fortløpende og ustandardiserte erfaringslæring, både i arbeidslivet og andre arenaer (Skorstad, 2015, s. 27). Både formell og uformell kompetanse vil representere den reelle kompetansen et individ innehar, og begge kompetanseformene vil representere viktige deler av helsepersonell sin arbeidsrolle for å utføre tilfredsstillende arbeid på arbeidsplassen.

3) **Å sikre kandidattilfang**

Etter gjennomføringen av behovsanalyse følger fasen av å søke etter aktuelle kandidater (Lai, 2021, s. 82). Utforming av annonsen og valg av plattform er viktig for å komme i kontakt med riktige kandidater. Det er viktig at annonsen ligger tett opp til behovsanalysen slik at man unngår stor mengde ukvalifiserte søkere (Skorstad, 2015, s. 41). I tillegg anbefaler Iversen (2020, s. 16) også å søke aktivt i etter kandidater (headhunting).

4) **Søknadsadministrasjon**

Ettersom søknader kommer inn, vil kandidatene måtte administreres gjennom at søkerne må orienteres om prosessens gang og innkalles (Iversen, 2020, s. 16). I møte med avslag vil det være sentralt å være profesjonell og følge opp kandidatene med en beskjed om at andre kandidater har gått videre og takke for interessen.

5) **Seleksjon**

Videre i seleksjonen vil man være opptatt av å finne kandidaten som passer best til stillingen og handler om å finne den beste kandidaten tilgjengelig (Bjaalid & Mikkelsen, 2016, s. 144). Etter at det har blitt generert en tilfredsstillende søknadsmasse, vil rangeringen av søkerens relative posisjon ses i sammenheng med kompetansekravene satt i behovsanalysen (Lai, 2021, s. 82). Deretter følger fasen med eliminering av søkere og utvalget av kandidater ses i samsvar med kompetansekravet definert. Eksempelvis dersom kravet er satt om at kandidaten skal ha autorisasjon som sykepleie, vil det være enkelt å redusere søkermassen ved å trekke fra kandidater uten denne formelle kompetansen. Her vil utvalgsmetodene vanligvis inneholde intervju, tester og referanseintervju (Iversen, 2020, s. 16). Til slutt vil man sitte igjen med en ønskelig kandidat.

6) **Ansettelse**

Etter valget av passende kandidat vil man tilby søkeren stillingen, som fører til forhandlinger om lønn- og arbeidsvilkår (Iversen, 2020, s. 16). Lønn- og arbeidsvilkår vil være avhengig av virksomhet eventuelle tariff avtaler, noe jeg ikke vil gå nærmere inn i. Dersom kandidaten takker ja til arbeidsgiver og skriver under arbeidsavtalen er hun eller han ansatt.

7) Introduksjon

Mange velger å avslutte prosessen etter kontrakten er underskrevet, men mange virksomheter velger ofte å gi videre oppfølging i form av utviklings- eller opplæringstiltak for kandidaten (Lai, 2021, s. 82). Spesielt i helsesektoren er det vanlig med opplæringsvakter på gitt enhet. Ved å utarbeide et godt introduksjonsprogram vil den nye ansatte kandidaten kunne føle seg mer interagert i rutiner, arbeidsmiljø og rolle forventninger, noe som kan føre til økt trivsel, presentasjon og redusert turnover (Iversen, 2020, s. 30).

Ved å ha gode rekrutteringsprosesser gjør dette det mulig å tilegne seg både den best mulige kandidaten og kompetansen virksomheten har behov for. Samtidig påvirker ansettelser ikke bare lønnsomheten for bedriften, men i denne sammenheng større ringvirkninger også for pasientenes og kollegaers liv samt generell drift. Det er derfor sentralt å gjennomføre gode rekrutteringsprosesser (Iversen, 2020, s. 11). Videre vil jeg ha fokus på kompetanseutvikling som en alternativ strategi for å dekke kompetansebehov og beholde medarbeidere i virksomheten.

2.3.2 Utvikling av kompetanse som strategi

Arbeidsplassen har krav på et gitt kompetansenivå for tilfreds arbeidsutførelse. Ved behov for kompetanse vil rekruttering som nevnt ovenfor kunne bidra til å fylle kompetansebehovet virksomheten har, mens andre ganger vil virksomheten ha behov for å tilrettelegge for kompetanseutvikling hos de nåværende medarbeiderne.

Etter å ha funnet ut virksomhetens kompetansebehov vil det iverksettes en strategi for kompetanseutvikling slik at medarbeidere skal kunne ha den kompetanse som er nødvendig for å utføre arbeidsoppgaver (Olsen, 2016, s. 243). Eksempelvis i kommunal helsesektor vil det, som nevnt tidligere, bli en eldre befolkning med komplekse sykdomsbilder og færre helsepersonell som vil kreve kompetanseutvikling hos helsepersonell slik at de kan imøtekomme endringen i befolkningens behov (Gautun, 2021, s. 143). Ifølge Lai (2021, s. 112) handler systematisk kompetanseutvikling om tiltak for å oppnå og/eller forsterke læring og læringsarenaer for medarbeidere i en organisasjon. Kompetanseutvikling kan dermed forstås som en endring eller forbedring av kunnskap, evner, ferdigheter og holdninger (Olsen, 2016, s. 243). Det legges dermed vekt på individuell læring som er en forutsetning for utvikling og spredning av kompetanse i virksomheten (Lai, 2021, s. 113). Altså kan ikke virksomheter tilegne seg kunnskap, ferdigheter eller holdninger uten medarbeidere. Kulturen i organisasjonen og arbeidsgruppen er dermed viktig for at medarbeidere skal kunne utvikle seg, noe som igjen vil påvirke ansattes motivasjon.

Det finnes flere måter organisasjoner kan tilrettelegging for læringsmuligheter slik at medarbeider kan få utviklet sin kompetanse. Tradisjonelt har kompetanseutvikling vært assosiert med eksterne læringsmuligheter som kurs, men i de siste årene har det blitt mer vanlig med bruk av interne ressurser for læringsmuligheter. Ved å bruke interne tilnærminger som internundervisning eller læring i arbeidssituasjonen, gir dette virksomheten større muligheter til å skreddersy kompetanseutviklingen, der man trekker på egne ressurser som igjen bidrar til å stimulere et mestringssklima (Lai, 2021, s. 17). Denne tilnærmingen anses derfor som et bedre grunnlag for utvikling, da den gir organisasjonsspesifikk kompetanse i kontrast til standardiserte eksterne tiltak. Likevel er det mange virksomheter som ofte vil kombinere begge læringsmetodene.

Videre blir det dermed viktig at virksomheten legger til rette for høy mobilisering av medarbeiders kompetanse. Altså at medarbeidere får brukt den kompetansen som er lært. Ved at virksomheten tilrettelegger for kompetanseutvikling og muligheter for å

bruke kompetansen kan dette bidra til at medarbeidere føler seg kompetente for å utføre sine arbeidsoppgaver (Olsen, 2016, s. 238). Dersom ikke medarbeidere får brukt sin jobbrelevante kompetanse vil dette føre til betydelig uutnyttet kompetansepotensial og store verdilekkasje, både for bedriften og arbeidsgruppen (Lai, 2016, s. 151). Medarbeidere også vil kunne føle seg demotivert og oppleve redusert mestringstro. Mobilisering av medarbeider kompetanse gjennom relevante oppgaver og utfordringer for å bidra til ytelse, måloppnåelse og verdiskapning vises dermed som viktig tiltak for å utvinne medarbeiders kompetansepotensial (Lai, 2021, s. 151). I tillegg vil leder anses som viktig for å tilrettelegge for høy grad av kompetansemobilisering for medarbeidere på arbeidsplassen, slik at investeringen i kompetanse kan bidra til økt måloppnåelse og verdiskapning.

Mulighet for kompetanseutvikling og bruk av lært kompetanse forstås som viktig for medarbeiders opplevelse av motivasjon og mestringstro på arbeidsplassen. Videre vil jeg presentere kort om hva motivasjon er. Deretter vil jeg beskrive om indre og ytre motivasjon i lys av selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2000a; 2020) for å belyse betydningen av motivasjon på arbeidsplassen.

2.4 Motivasjon på arbeidsplassen

Motivasjon handler om det som gir energi, retning og utholdenhet, både i arbeid og ellers (Ryan & Deci, 2000a, s. 69). Motivasjon kan dermed forstås som drivkraften som får oss til å handle. Eksempelvis tar personer med høy motivasjon valg og setter seg mål (retning), der de vil bruke tid og krefter (energi) for å komme nærmere målet, slik at de til slutt vil nå målet (utholdenhet). Viljen til innsatsen på arbeidsplassen er likevel forskjellig fra person til person og kan ses i sammenheng med indre og ytre motivasjon. Indre og ytre motivasjon bidrar til å forklare ulike typer motivasjon som mennesker kan oppleve på arbeidsplassen. Jeg vil videre beskrive konseptene i lys av selvbestemmelsesteorien for å forklare hvordan helsepersonell opplever motivasjon på arbeidsplassen (Ryan & Deci, 2000b, s. 54).

2.4.1 Indre og ytre motivasjon

I selvbestemmelsesteorien skilles det mellom indre og ytre motivert atferd (Ryan & Deci, 2000a, s. 68; Ryan & Deci, 2000b, s. 54). Deci og Ryan (2000b, s. 231) beskriver *indre motivasjon* som en naturlig motivasjon som oppstår spontant fra mennesker psykologiske behov for kompetanse, tilhørighet og autonomi. Ved slik motivasjon vil dermed mennesker utfører handlinger basert på en iboende glede og interesse for aktiviteten (Deci & Ryan, 2000, s.71). Beslutning om å bruke tid på arbeidsoppgaver basert på personlig glede og egen vilje (autonomi) vil her gi medarbeidere en egen personlig tilfredstillelse (Mikkelsen, 2016, s. 44).

Hvilke mål medarbeidere i virksomheten vil følge ofte være knyttet til hvilke arbeidsoppgaver og samhandling på jobb som tilfredsstillende behøver for de psykologiske behovene (Mikkelsen, 2016, s. 44). Med andre ord vil de sosio-kontekstuelle situasjonene på jobb bidra til å støtte eller redusere de psykologiske behovene, som igjen er med på å styrke eller hindre opplevelsen av indre motivasjon (Deci & Ryan, 2000, s. 229). Dersom personer opplever frihet til å ta personlige valg på arbeidsplassen, vil dette føre til en opplevelse av medbestemmelse og øke interessen for oppgavene, ikke bare de som er pålagte. Medarbeidere med høy grad av autonomi vil også i større grad oppleve å legge inn mer tid og innsats for å mestre oppgaver og fullføre dem (Ryan & Deci, 2020, s. 3; Bandura, 1986, s. 127). Videre dersom ansatte opplever gruppetilhørighet med sine kollegaer og et godt arbeidsmiljø vil dette knyttes til behovet for tilhørighet. Tilfredstillelse av behovene beskriver selvbestemmelsesteorien vil bidra til å styrke medarbeiders indre motivasjon og velvære (Ryan & Deci, 2020, s. 1). Gagné og Deci

(2005) har vist at dersom arbeidsplassen har et arbeidsklima som tilfredsstiller de iboende behovene vil dette predikere arbeidsoppgave motivasjon, effektiv ytelse, jobbtillfredsstillelse, jobbengasjement og psykologisk tilpasning. Samtidig vil styrkeforholdet mellom dem vil variere fra person til person (Mikkelsen, 2016, s. 44).

I likhet med indre motivasjon vises ytre motivasjon som en sentral motivasjonsfaktor på arbeidsplassen. *Ytre motivasjon* forstås som at medarbeidere i arbeid motiveres av en eller form for eksternt utfall som gir retning for innsatsen (Ryan & Deci, 2000b, s. 56). Altså vil motivasjonen være rettet mot et mål utenfor dem selv, eksempelvis lønn, forventet forfremmelse, ros, bedre turnus eller annen anerkjennelse. Kilden for motivasjonen knyttes derfor til noe utenfor det å utføre arbeidsoppgaven, men som følge av den. Aktiviteter som ikke oppleves som interessant eller drevet av indre motivasjon vil ofte være motivert av ytre motivasjonsfaktorer (Mikkelsen, 2016, s. 44). I tilfeller medarbeidere må utføre kjedelige eller belastende arbeidsoppgaver vil dette ofte kreve ytre motivasjon for å oppnå gode resultater (Gagné & Deci, 2005, s. 352). Wang et al. (2019) viser til positive utfall for ansattes motivasjon og arbeidsytelse i sammenheng med ytre motivasjonsfaktorer som lønn. Et hovedpoeng for Ryan og Deci er at for mye vekt på ytre belønninger vil kunne redusere opplevelsen av glede fra selve arbeidet (Mikkelsen, 2016, s. 44). Indre motivasjon fremmes dermed som den mest positive motivasjonstypen og vises som å ha flere positive utfall, som blant annet affektiv organisasjonstilknytning, redusert utbrenthet, jobbtillfredshet, utholdenhet og arbeidsoppgave motivasjon (Gagné & Deci, 2005; Kuvaas et al., 2017; Toode et al., 2015). Samtidig vil mennesker ha ulike behov for indre og ytre motivasjon. Toode et al. (2015) har vist at sykepleiere motiveres både av indre og ytre motivasjonsfaktorer, men i større grad er indre motivert i sitt arbeid.

3.0 Metodologi

En «metode» kan forstås som en planmessig fremgangsmåte, der kunnskap utvikles eller testes for å kunne besvare det gitte forskningsspørsmålet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 140). Vitenskapelige metoder kan dermed beskrives som de metodiske valgene som påvirker hvordan man utvikler kunnskap om gitt fenomen (Solhberg & Solhberg, 2014, s. 15). I dette kapitlet vil jeg beskrive for den vitenskapelige fremgangsmåten som ble benyttet i studien og redegjøre for de ulike metodiske valgene foretatt underveis i forskningsprosessen. Jeg vil videre presentere beskrivelser av anvendt metode og vitenskapsteori, valg knyttet til datainnsamling, analyse, og tolkning av data, samt studiens kvalitet og etiske betraktninger. Gjennom hele kapitlet vil jeg gi utfyllende beskrivelser av mine valg og refleksjoner, for å gi innblikk i hvordan jeg har gått frem for å sikre kvalitet i forskningen.

3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode beskrives som studien av opplevelse. Kvalitativ metode har som formål å undersøke, beskrive, forstå og tolke fenomen i stor detalj og på et individnivå (Tjora, 2021, s. 35). Kvalitativ forskning til forskjell fra kvantitativ metode ønsker å få et datamateriale som er innholdsrikt og går i dybden, fremfor å teste hypoteser og generaliserer funn fra et større utvalg (Tjora, 2021, s. 35). Fokuset er derfor ikke å kvantifisere dataen, men den subjektive opplevelsen deltakerne har med det gitte fenomenet, som åpner opp for nærhet til individene som forskes på (Polkinghorne, 2005, s. 142). Fordi jeg ønsker å forstå og beskrive et gitt fenomen, ble det derfor naturlig å velge kvalitativ metode som vitenskapelig metode. Ved å bruke en kvalitativ tilnærming får jeg muligheten til å undersøke hvordan avdelingsledere på ulike sykehjem opplever og erfarer å rekruttere og beholde helsepersonell. I relasjon til kvalitativ metode vil det videre bli relevant å beskrive studiens vitenskapligteoretiske ståsted.

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteori er studien av vitenskap og ses i sammenheng med de filosofiske tradisjonene for ontologi (verdensbilde) og epistemologi (kunnskapssyn) (Solhberg & Solhberg, 2014, s. 27). Ontologi kan beskrives som hvordan virkeligheten fremstår, mens epistemologi tar for seg hva kunnskap er og hvordan den kan oppnås (Solhberg & Solhberg, 2014, s.27). Det finnes ulike vitenskapsteoretiske perspektiver som danner rammer for forståelse av eksisterende fenomen og hvordan kunnskap utvikles om fenomenet (Tjora, 2021, s. 29). Forskers vitenskapsteoretiske tilnærming legger derfor føringer for forskningsprosessen. I forbindelse med hensikt og forskningsspørsmålet for denne studien, har jeg blitt inspirert av et fenomenologisk-hermeneutisk som vitenskapsteoretisk ståsted og induktiv forskningstilnærming. Det blir derfor videre hensiktsmessig å kort redegjøre for begrepene.

3.2.1 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Fenomenologisk tilnærming er en filosofisk vitenskapsteoretisk tilnærming som tar utgangspunkt i Edmund Husserls filosofi. Fenomenologi er opptatt av individers erfaringer og opplevelser med et gitt fenomen slik enkeltindivid erfarer den (Thagaard, 2009, s.38). Med andre ord prøver fenomenologien å forstå sosiale fenomener ut ifra aktørenes egne perspektiver og beskrivelser av verden slik den oppfattes av deltakerne. Målet er derfor å komme i kontakt med essensen av fenomenet med en ontologisk forståelse av virkeligheten (Solhberg & Solhberg, 2014, s. 63). I tråd med fenomenologisk tilnærming er studiets fokus på deltakernes subjektive opplevs og erfaring med utgangspunkt i avdelingsledere sin opplevs med utfordringer og muligheter for rekruttering av

helsepersonell. Oppgaven har en åpen fenomenologisk tilnærming, der interessen kommer fra mulighet til å komme tett på deltakerne med opplevelsen i søkelyset. Samtidig opplever jeg at mine tidligere erfaringer fra kommunal helsesektor gjør at jeg påtar meg en aktiv rolle som forsker i møte med deltakerne, noe som også gjorde at jeg har latt inspirere av hermeneutikk.

Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå en valid og generisk forståelse av meningsinnholdet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 74). Hermeneutikk ses i denne sammenhengen som en utvidelse av fenomenologien. Til forskjell fra ren tradisjonell fenomenologi tar fenomenologisk- hermeneutisk tilnærming for seg forståelsen av at mennesker er selvfortolkende og historiske vesener med betinget forståelsesredskaper (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 74). Som forsker kommer man derfor ikke utenom fortolkning og det er derfor viktig å være oppmerksom på sin fortolkning av meningsinnholdet. Med tanke på min egen studie var det viktig å være bevisst min forforståelse (se 3.6) og hvordan den påvirker kvaliteten av forskningen, samt metodiske valg. Ved å innta et fenomenologisk- hermeneutisk ståsted utgjør resultatene av analysen både avdelingsledere sitt perspektiv og min egen tolkning (Thagaard, 2009, s. 41). Mine forkunnskaper som forsker kan likevel tenkes å ha prege analysens utfall ut ifra hvordan jeg har valgt å tolke meningsinnholdet til mine deltakere. Samtidig prøvde jeg å holde meg tett til deltakerens utsagn slik at funnene fortsatt representerer deltakerne sine tolkninger. Dette gjorde jeg blant annet ved å oppsummere underveis i intervjuene slik vi kunne skape en felles forståelse av det som ble sagt.

3.2.2 Induktiv forskningstilnærming

Kvalitative studier anses som å være induktive. Med induktiv menes det at man antar generelle sammenhenger basert på observasjoner fra enkelttilfeller (Tjora, 2021, s. 41). En induktiv tilnærming går derfor ut ifra utforskende og empiribasert forskning til utarbeiding av teori i kontrast til deduktiv forskning, som tar for seg teori som utgangspunkt for å teste hypoteser om enkelttilfeller (Clarke et al., 2015, s. 225). Teorigrunnlaget i denne studien ble derfor valgt gjennom en induktiv tilnærming, der teorien ble formet etter deltakernes utsagn, uten en retningsgivende hypotese eller teori. Jeg har derfor etterstrebet å utforme intervjuguide og analyse fritt for teoretiske utgangspunkter. Jeg vil likevel fremheve at min fortolkning har bidratt til hvordan jeg har gått frem med datainnsamling og gjennomføring av intervju. Forskerrollen og min forforståelse forklares nærmere i 3.6.

3.3. Datainnsamling

Datainnsamling er metoden som har blitt brukt til å samle inn datamaterialet. Jeg vil videre beskrive hvordan jeg har gått frem for å innhente meg data.

3.3.1 Det kvalitative intervjuet

På bakgrunn av mitt forskningsspørsmål og metodiske valg ble det hensiktsmessig å bruke kvalitativt intervju for datainnsamling. Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra deltakerens erfaringer, meninger og holdninger (Tjora, 2021, s. 128). Med andre ord er forskeren ute etter deltakerens livsverden. Mine intervju tok utgangspunkt i et fenomenologisk- hermeneutisk perspektiv, med søkelyset mot avdelingsledere sin opplevelse og erfaring med både utfordringer og muligheter for å beholde og rekruttere helsepersonell innenfor kommunal helsesektor. Formålet med fenomenologisk- hermeneutisk intervju er å hente inn deltakerens beskrivelser av sin livsverden og deretter fortolke betydningen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 22). Undersøkelsens mål var derfor å skape mening og forståelse om fenomenet som videre kan føre til kunnskap (Dalland, 2020, s. 68).

Det ble valgt å bruke en semistrukturert intervjuguide. Ifølge Kvale og Brinkmann (2017, s. 46) er semistrukturert intervju verken en åpen samtale eller et lukket spørreskjema, men sirkulerer gjerne rundt bestemte tema med utvalgte forslag til spørsmål. Ved å bruke en semistrukturert intervjuguide åpner intervjuformen opp for fleksibilitet i rekkefølgen av spørsmålene. Dette kan anses som en fordel ut ifra at det åpner opp for å tilpasse spørsmålene ettersom deltakernes respons (Tjora, 2021, s. 172-3). I tillegg gir semi-strukturerte intervju mulighet til å spørre oppfølgingsspørsmål. Under intervjuprosessen valgte jeg ofte å stille egne oppfølgingsspørsmål for å oppklare eller utdype deltakerne sine svar. Dermed fikk jeg muligheten til å få en dypere forståelse av deltakerens erfaring og forståelse av fenomenet (Polkinghorne, 2005, s. 143).

Intervjuguiden (Vedlegg C) brukt i denne studien ble utformet av forsker selv, samt gjennomgått av veileder for godkjenning. Utformingen av intervjuguiden var en kreativ og åpen prosess. Prosessen av bestod av å skrive ned tanker og ideer fra rapporter, egne erfaringer, innspill fra veileder og andre masteroppgaver, samt relevant bakgrunns teori om organisasjonspsykologi, rekruttering og motivasjon. Deretter gikk jeg frem med å tilegne meg spørsmål som passet innenfor de overordnede temaene som jeg opplevde som relevante. Likevel var det viktig for meg å ikke ha spørsmål som var styrt av teori eller teoretisk modell, men å ha utforskede og åpne spørsmål der deltakerne kunne beskrive egne opplevelser og perspektiver. Det ble derfor valgt å utføre et pilotintervju. Pilotintervju kan brukes for å teste ut intervjuguiden og kunne identifisere spørsmål som har behov for reformulering, som bidrar til å kunne forberede kvaliteten av dataen (Kallio et al., 2016, s. 2960; Silverman, 2020, s. 93). Basert på tilbakemeldingene fra deltakeren ble det valgt å ikke gjøre endringer i intervjuguiden. Endelig intervjuguide bestod av fjorten spørsmål med fire overordnet tema som tok for seg åpne spørsmål om deltakerens bakgrunn, dagens rekrutteringssituasjon og fremtidig rekrutteringssituasjon. Strukturen baserte seg på både ferdig formulerte hovedspørsmål for de ulike temaene og tilhørende underspørsmål, dersom jeg hadde behov.

3.3.2 Beskrivelse av rekruttering og utvalg

Utvalget i denne studien er basert på det Tjora (2021, s. 48) og Polkinghorne (2005, s. 140-1) beskriver som et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg betyr at deltakerne ikke ble valgt tilfeldig, men basert på hvem som kan tilby relevante beskrivelser av fenomenet i fokus (Polkinghorne, 2005, s. 140). Innenfor kvalitativ forskning er man interessert i et utvalg som kan gi dybdeinformasjon om temaet i fokus. Valget av deltakere er dermed ikke tilfeldig eller for representativitet, men på grunnlag av hva deltakeren tenkes kan tilby av informasjon om fenomenet eller opplevelsen i fokus (Polkinghorne, 2005, s. 141). Det ble derfor også valgt å sette to kriterier for undersøkelsen. Det første kriteriet som ble satt handlet om at deltakerne måtte ha en stillingstittel som avdelingsleder, som definert innledningsvis (se 1.3). Dette kriteriet handler om at deltakeren har en arbeidsrolle som reflekter erfaring og opplevelser med å rekruttere og jobbe tett på helsepersonell. Det andre kriteriet handlet om at deltakeren jobbet i en kommunal institusjon. Dette ga også en mulighet til å begrense utvalget, da helsevesenet tilbyr mange helsetjenester.

For å rekruttere deltakerne for denne studien valgte jeg å sjekke ut ulike kommuners nettsider med helseinstitusjon som søkeord. Her fant jeg et utvalg av helseinstitusjoner, der jeg valgte ut noen jeg følte var passende og utgjorde kriteriene. Jeg valgte derfor å ringe deltakerne for å fortelle om studien og forespurte om mulighet til å sende mer informasjon på mail. Deretter sendte jeg deltakerne som viste interesse en mail med informasjonsskriv og mulighet til intervju.

Clarke et al. (2015, s. 229) hevder at i et mindre forskningsstudium vil det være hensiktsmessig å forholde seg til minimum antallet av seks deltakere.

Rekrutteringsprosessen førte dermed til et utvalg bestående av seks deltakere fra to store kommuner, en i Midt-Norge og en på Østlandet. En av deltakerne ble valgt som pilotintervju, men ble senere også inkludert i analysen, noe jeg går nærmere inn på i 3.3.3. Ut ifra at helsetjenesten består av flest kvinner reflekteres dette også i utvalget (SSB, 2023). Deltakerne hadde ulike tidligere arbeidserfaringer innenfor helsevesenet, men hadde jobbet som avdelingsledere alt fra 1 år til 12 år.

3.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Det ble holdt seks semi-strukturerte intervjuer til denne studien. Fem av seks intervju ble holdt ansikt til ansikt, mens det siste ble holdt over Microsoft Teams grunnet intervjuer og deltakerens geografiske lokalisasjon. Varigheten for intervjuene var ca. 1 time og 15 min. Det ble også tatt lydopptak av intervjuene ved hjelp av en diktafon, noe som reduserer presset på forsker til å få med alt som blir sagt, der fokuset heller kan legges over til å skape god kommunikasjon og flyt i intervjuet (Tjora, 2021, s. 180).

Det første intervjuet ble gjennomført som et pilot-intervju. Deltakeren fikk informasjon på forhånd om at det var et pilotintervju, men intervjuet gikk gjennom samme prosedyre som alle andre deltakerne og samtykkeerklæring undertegnet. Deltakeren fikk informasjon om at intervjuet sannsynligvis ville inkluderes i analysen. Ved å ha et pilotintervju ga dette meg mulighetene til å teste ut mine intervjuferdigheter og hvordan intervjuguiden fungerte i praksis (Kallio et al., 2016, s. 2960). Etter pilotintervjuet følte jeg meg tryggere på egne ferdigheter og hadde større muligheter til å bli løsrøvet fra intervjuguiden, slik at spørsmålene ble stilt mer naturlig. Jeg opplevde også at pilotintervjuet hadde god flyt og presenterte mange interessante tema, noe som resulterte i at jeg valgte å inkludere deltakerne videre i analysen.

Intervju kan forstås som en utveksling av synspunkter mellom to personer i en samtale om et tema som er interessant for begge parter (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 20). Både intervjuer og deltaker anses som aktive deltakere i konstruering av kunnskap. Kvale og Brinkmann (2017, s. 197) poengterer at intervjuer skal skape en positiv situasjon slik at intervjupersonen føler seg trygg til å produsere rikholdig kunnskap om det gitte temaet. Av den grunn ønsket jeg at deltaker skulle kunne velge intervjusted for å gjøre situasjonen mest mulig komfortabel. Dette resulterte til at fem intervju ble holdt på deltakerens arbeidsplass, mens det siste intervjuet ble holdt over Microsoft Teams. Intervjuet holdt over Microsoft Teams ble gjennomført hjemme hos forsker selv for å unngå unødvendig støy og avbrytelser.

Et av intervjuene som ble holdt ansikt til ansikt ble gjort som et dobbelt intervju, som lignet et fokusgruppeintervju, på bakgrunn av ønske fra to av deltakerne. Deltakerne hadde opprinnelig blitt kontaktet hver for seg, men hadde snakket sammen og resulterte i deltakernes ønske om å ha et samlet intervju. Jeg valgte derfor å intervjuer begge parter samtidig. Ifølge Kvale & Brinkmann (2017, s. 179) kan flere deltakere i et intervju gjøre det vanskelig for forsker til å ha kontroll. For å gjøre intervjuet lettest mulig for forsker ble det valgt at begge parter skulle få samme spørsmål og svare en og en, som i et konvensjonelt intervju. Intervjuformatet ga begge deltakerne muligheten til å få nye refleksjoner fra hverandre og begge uttalte etter intervjuet at det var en fordel for dem.

Iscenesettelsen av intervjuene startet med at jeg introduserte meg selv og om mitt prosjekt for å etablere rapport mellom intervjuer og deltaker. Deretter ble de etisk retningslinje for anonymitet, frivillighet og bruk, oppbevaring og sletting av data presentert. Det ble også presentert at diktafonen ville brukes til å innhente data. Mot

slutten av intervjuet ble deltakerne så spurt om det var noen refleksjoner de ikke hadde tenkt på før intervjuet og om opplevelsen av å bli intervjuet. De fleste responderte at de ikke hadde så mange nye refleksjoner fra før intervjuet, men at opplevelsen hadde vært fin, og at forsker var god til å spørre oppfølgingsspørsmål. En av deltakerne opplevde det som noe vanskelig å svare på enkelte spørsmål, men synes det var gode spørsmål til å reflektere videre på.

3.4 Transkribering

Lyddopptakene fra intervjuene la grunnlag for transkripsjonene og videre analyse. Intervjuene ble transkribert ord for ord og før neste intervju, med ett unntak. Med hensyn til anonymisering fikk deltakerne tildelt fiktive navn og dialekt omskrevet, noe Tjora (2021, s. 186) kaller for normalisert transkripsjon. Dette bidro til et mer komplett, oversiktlig og kongruent datamateriale. Tjora (2021, s. 144) poengterer likevel at transkriberingen ikke vil være en direkte oversettelse fra muntlig til skriftlig. Enkelte detaljer kan dermed forsvinne. Samtidig argumenterer Kvale og Brinkmann (2017, s. 207) at dersom intervjuer selv transkriberer intervjuet unngår man å miste mye informasjon, da intervjuer har selv vært med på intervjusituasjonen. Det opplevdes derfor som mest hensiktsmessig å transkribere intervjuene selv, noe som sikret familiarisering og nærhet til datamaterialet. Transkribering av intervjusamtalen bidrar til å strukturere materialet og kan ses på som starten av analysen. Valget om å ikke følge en spesifikk transkripsjonsmal ble besluttet fordi bruk av tematisk analyse ikke vektlegger hvordan ting blir sagt, men heller hva som blir sagt (Clarke et al., 2015, s. 230). Informasjonen fra intervjusituasjonen utover ordene sagt, ble lagt til etter skjønn ut ifra relevansen for meningsinnholdet.

3.5 Analysemetode

Det ble foretatt en refleksiv tematisk analyse for å analysere det transkriberte datamaterialet i denne studien. Refleksiv tematisk analyse forklares av Braun og Clarke (2019) som en metode til å identifisere, analysere og rapportere mønstre som finnes i data. Jeg valgte å gjøre en refleksiv tematisk analyse på grunnlag av fleksibiliteten analysemetode gir, da metoden kan brukes relativt uavhengig av metode og teoretisk tilnærming (Clarke et al., 2015, s. 223). Metoden gir også forsker en strukturert og rigorøs tilnærming til koding og tema utvikling med rom for subjektivitet (Braun & Clarke, 2019, s. 591; Braun et al., 2022, s. 429). Analyseprosessen i studien fulgte de seks fasene utviklet av Braun og Clark (2006; 2021): (1) familiarisering av data; (2) utvikle koder; (3) utvikle temaer; (4) revurdering av temaene; (5) definering og navngi temaer; og til slutt (6) produsere den skriftlige rapporten. Heretter vil analyseprosessen beskrives. Jeg vil påpeke at selv om fasene blir beskrevet som en lineær prosess var analyseprosessen preget av kontinuerlig skifte mellom stegene, noe som også fremheves av Braun og Clarke (2006, s. 86).

Fase 1. Den første fasen tok for seg familiarisering av dataen. For å bli kjent med datasettet startet prosessen allerede ved transkribering av dataen og ved å lese gjennom transkripsjonene i sin helhet ett par ganger, slik at jeg kunne få en større forståelse av datamaterialet. I tråd med Clark et al. (2015, s. 232) sin anbefaling valgte jeg å skrive ned noen kommentarer og tanker uten å prøve å fortolke det. Eksempler på denne fasen: «Opplever flere negative rykter om kommunal helsesektor etter mediareportasjer» og «interessert i kompetanseheving for ansatte».

Fase 2. Videre gikk jeg over til å utvikle koder, som bestod av å skrive ned et eller flere nøkkelbegreper i en notatbok med et eller flere segmenter av samtalen. Clark et al. (2015, s. 233) beskriver at uansett hvilken teknikk som forsker velger til å kode må du sortere kodningen. Jeg valgte å kode innholdet basert på både latente og semantiske

uttalelser, altså både implisitte og eksplisitte meningsbaserte ytringer (Braun & Clarke, 2019, s. 592). Noen av disse nøkkelbegrepene ble endret over tid etter hvert som jeg fikk mer innsikt i meningsinnholdet.

Fase 3. Fase tre innebærer å generere mønstre eller temaer og består av en aktiv og fortolkende analyseprosess (Braun et al., 2022, s. 427-8). Kodene ble sortert og lagt til i større sammensetninger av koder. Noen av kodene ble slått sammen med eller lagt til i overordnede tema eller tilhørende under temaer (Braun & Clark, 2021, s. 78). Andre koder forsvant, da de ikke hadde relevans for forskningsspørsmålet. De tentative temaene ga dermed muligheten til å få en indikasjon for hva kodene beskrev og ikke.

Fase 4, 5 og 6. I den fjerde fasen er det fokus på gjennomgåelse av temaene funnet. Tolkningen av temaene ble gjort ved at jeg undersøkte hvilke temaer som var relevant for problemstillingen og kunne forstås som gjennomgående i datamaterialene (Clark et al., 2015, s. 236). Dette resulterte at noen få av temaene forsvant grunnet lite substans, mens andre fikk stå eller ble slått sammen (Braun & Clark, 2006, s. 92). Deretter gikk jeg over i den femte fasen som foretok definering og navngivning av temaene. Defineringen av temaene handler om å fange essensen av temaene forklarer Braun og Clark (2019, s. 592-3). Jeg valgte derfor å bruke god tid på å skape korte formuleringer av hvert av temaene og hva de bestod av, noe som igjen bidro til å kunne enklere strukturere temaene i møte med den siste fasen. Navnene for temaene oppstod svært naturlig i tråd med defineringen og resulterte i fire temaer med undertemaer. Etter å ha definert og navngitt temaene ble neste steg å skrive funn kapittelet. Skrivning av rapporten anses som den siste fasen i analysen. Braun & Clark (2006, s. 93) poengterer samtidig at metoden ikke har noen klar separasjon mellom analysen og skrivningen. Rapportering av funnene anses heller som redigering av allerede analytiske skriv i sammenheng med nye formuleringer og tolkninger. Det ble derfor viktig å presentere utdrag som demonstrerte temaene gjennom eksempler fra deltakernes utsagn (Braun et al., 2022, s. 434-5). Analyseprosessen resulterte dermed i fire temaer; «Gradvis endring trengs for å beholde og rekruttere helsepersonell», «Investering i ansatte skaper motivasjon», «Et positivt omdømme påvirker rekruttering av helsepersonell» og «Kompetanseheving er attraktivt».

3.6 Forskerrollen og min forståelse

Forsker er sentral for intervjuinteraksjonen og etablering av tillit (Ryen, 2017, s. 116; Thagaard, 2009, s. 103). Som forsker har jeg hatt en aktiv rolle under forskningsprosessen, der både mine spørsmål, personlighet og forkunnskaper har bidratt til kvaliteten av mine funn (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 108). Subjektiviteten og forskers aktive rolle er en del av intervjuet, der forsker anses som et redskap for innhenting av kunnskap heller enn et problem (Ryen, 2017, s. 115-6). Likevel er det viktig å være bevisst sin rolle som forsker og forsker bør derfor være åpen og tydeliggjør grunnlaget for fortolkningene (Creswell & Miller, 2000, s. 127), noe jeg ønsker å gjøre her.

Når det er sagt har min «forforståelse» vært en viktig del av forskningen ut ifra min egen erfaring knyttet til det å jobbe i helsevesenet, der jeg selv har fått opplevd høy turnover og et belastende yrke. Kvale & Brinkmann (2017, s. 273) skriver at forsker bør etterstrebe objektivitet om subjektivitet, der forsker tar tid til å være observant over sine fordommer. Ved å få innsikt i våre unngåelige fordommer kan forsker ta velinformerte dommer ved tolkning av deltakerens meningsinnhold. Det er derfor ikke til å legge skjul på at mine forkunnskaper har bidratt til å forme studien (Tjora, 2021, s. 204). Likevel har jeg lite kjennskap til temaet og ingen tidligere erfaring med å jobbe som avdelingsleder og kan generelt lite om rollen. Dette kan dermed argumenteres til å ha

bidratt til å begrense påvirkningen av mine forkunnskaper i datainnsamlingen. I tillegg ga det meg en større åpenhet i analyseprosessen, der jeg utarbeidet flere tolkninger fordi jeg var nysgjerrig på å få flere innfallsvinkler.

Postholm (2010, s. 82) påpeker at forsker burde ha kjennskap til forskningsfeltet for å kunne utforske og finne ny kunnskap om fenomenet. Jeg har derfor forsøkt å sette meg inn temaene knyttet til det å beholde og rekruttering av helsepersonell og oppbygningen av helsesektoren i forkant av intervjuene for å være best mulig forberedt i møte med deltakerne. Ved å være forberedt til intervjuene, vil jeg si at dette gjorde meg noe bedre rustet til intervju situasjonene og i større grad en likeverdig part i intervjuene (Postholm, 2010, s. 134). På den andre siden kan forkunnskapene mine ha gjort at jeg ikke utforsket like mye eller overså nyanser (Thagaard, 2009, s. 203). Dette kan ha gjort at jeg har gått glitt av viktig informasjon om fenomenet i fokus. Samtidig valgte jeg ofte å etterspørre og følge opp temaer grunnet interesse, noe som gjorde at jeg ofte lærer mye nytt. Videre valgte jeg bevisst å fortelle at jeg arbeidet i helsetjenesten for å vise til at jeg hadde forståelse for temaet. Ved å fortelle at jeg selv jobber i helse vil jeg argumentere for at det var positivt for å etablere forståelse og respekt mellom oss, der jeg kan forstås som «en av dem». Likevel kan det tenkes at forkunnskapen gjorde at deltakerne ikke gikk i detalj om ulike beskrivelser, da de forventet at jeg allerede forstod innholdet. Min forkunnskap kan selv om tenkes å ha gitt meg et fortrinn med å forstå og bekrefte deltakerens forestillinger som utviklet seg i intervjuet (Thagaard, 2009, s. 203).

En annen ting som kan ha påvirket datainnsamling, var min egen aktive rolle som forsker. Jeg har prøvd å etterstrebe i min egen rolle som forsker å være åpen og gi rom til deltakerne. I møte med deltakerne opplevde jeg å jobbe hardt med å ikke utale meg eller spørre ledende spørsmål ut ifra mine egne yrkeserfaringer (Postholm, 2010, s. 82). Jeg var bevisst på at jeg ikke kunne frigjøres fra mine forkunnskaper, men at jeg kunne påvirke hvordan jeg brukte den i møte med deltakeren. Jeg valgte derfor å prøve å holde meg til de allerede forbedrete spørsmålene og heller komme med oppfølgingsspørsmål slik at deltakeren ledet samtalen. Det gav også mulighet til å sammen med deltakeren finne felles forståelse og jeg vil argumentere for at datamaterialet stemmer overens med begges forståelse. Selve analysen vil likevel reflektere mine fortolkninger av datamaterialet.

3.7 Studiens kvalitet

Innenfor samfunnsvitenskapelig forskning diskuteres det om troverdigheten, styrken og overførbarheten av kunnskapen som oppstår i forskningsstudier. Kvalitet i forskning forstås som vurderinger og konsekvensen av metodiske valg under forskningsprosessen, enten det er produksjon av data eller valg av skrivestil (Ryen, 2017, s. 177). Forsker må være bevisst sine metodiske valg og dets effekt på forskningens kvalitet, uavhengig av fløy. Begrepene reliabilitet, validitet og generaliserbarhet har sin opprinnelse i kvantitativ forskning og et positivistisk ståsted som kvalitetskriterier, og brukes for å sikre god forskning (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 273; Postholm, 2010, s. 168). Likevel argumenter Kvale og Brinkmann (2017, s. 275) og Ryen (2017, s. 176) at begrepene ikke er direkte overførbare til kvalitativ forskning. Ryen (2017, s. 180) presenterer begreper som pålitelighet, gyldighet og overførbarhet som kvalitetskriterier innenfor kvalitativ forskning, som denne oppgaven vil ta utgangspunkt i. Videre vil det kvalitetskriteriene beskrives, samt hvilken implikasjon de har for kvaliteten av studiet.

3.7.1 Pålitelighet

Pålitelighet eller reliabilitet handler om hvorvidt arbeidet er konsistent og troverdig (Postholm, 2010, s.169; Silverman, 2020, s.89). Pålitelighet kan derfor forstås

som at studien kan reproduseres og vise til samme resultat. Med andre ord dersom en annen forsker hadde intervjuet andre deltakere ved en annen tid ville de ville fått samme svar. Ren reproduksjon av funn hadde sannsynligvis ikke vært mulig, men lignende funn hadde vært sannsynlig (Postholm, 2010, s.169). Silverman (2020, s.89-93) hevder at for å sikre høy pålitelighet bør det tas opptak av alle intervju slik at ikke forsker rekonstruere deltakernes svar, redegjøre for prosedyren ved datainnsamling og presentere en grundig og detaljert rapport av funnene gjort. For å sikre pålitelighet i mine funn har jeg valgt å være transparent. Jeg har prøvd å gi detaljerte beskrivelser av analysen og mine metodiske valg gjennom forskningsprosessen, samt brukt diktafon for å skrive ned akkurat det deltakerne har sagt i intervjuene. Spesielt med hensyn til at kvalitativ forskning er svært subjektiv, der forskers «refleksivitet» trekkes frem som faktor for å sikre pålitelighet (Kvale & Brinkmann, 2017, s.273). Dette knyttes til faktorer som både forskerrolle og epistemologisk standpunkt som påvirkere fortolkning og datainnsamling. Jeg har derfor forsøkt å reflektere over dette i tidligere kapitler som «forskerrollen og min forforståelse» (3.6), «fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming» (3.2.1) og «gjennomføring av intervju» (3.3.3). Jeg har derfor prøvd å være åpen og objektiv om min subjektivitet (Kvale & Brinkmann, 2017, s.273).

3.7.2 Gyldighet

Gyldighet eller «validitet» er et av de mest brukte kvalitetskriteriene innenfor kvalitativ forskning. Gyldighet handler om å vise til hvordan forskningen har blitt utført og om funnene i studien kan anses som å være troverdig og brukbar (Tjora, 2021, s.260). Med andre ord er gyldighet om det vi forsøker å forske på faktisk blir besvart av det vi finner. Det stilles også krav til gyldigheten gjennom metoden brukt i forskningen- Altså om metoden valgt faktisk undersøker det den skal (Postholm, 2010, s.170). Ved å planlegge, tilegne meg tilstrekkelig kunnskap og med tidligere erfaring var det mulig å gjennomføre det nødvendige for forskningen. Det ble benyttet kvalitativt intervju for å få innsikt i avdelingslederens livsverden og opplevelse av det å rekruttere helsepersonell, noe som var i tråd med oppgavens hensikt (Kvale & Brinkmann, 2017, s.276). I tillegg presenterer Creswell & Miller (2000, s.127) at for å etablere validitet bør forsker sammenligne casene i studien gjennom «avkreftefende tilfeller». Jeg valgte derfor å sammenligne intervjuene opp mot hverandre for å se hvilke antagelser som ble avkreftef og bekreftef. Forskers antagelser vil endres over tid etter hvert som forskers forforståelse av fenomenet utvikles (Postholm, 2010, s. 113). Jeg valgte derfor å regelmessig å sammenligne intervjuene gjennom ny forståelse.

3.7.3 Overførbarhet

Et annet sentralt kriterium er overførbarhet og kan ses i sammenheng med gyldigheten av studiet. Overførbarhet vurderes gjennom hvor overførbare resultatene i studiene kan ses i andre settinger (Ryen, 2017, s. 180). Kvalitative intervju tilbyr muligheten å få detaljerte og rike beskrivelser av settingen som blir studert. Det ble derfor viktig å spørre gode spørsmål som var konkrete og åpne slik at deltakeren kunne bidra til mest mulig rike beskrivelser av sin opplevelse av fenomenet. Samtidig er det vanskelig i kvalitativ forskning å kunne garantere direkte overføring fra enkelttilfeller til en annen setting, samt forvente samme svar. Det kan heller argumenteres for at temaene som oppstår etter intervjuet og ny kunnskap kan ses i lys av annen forskning på feltet (Dalland, 2020, s. 66-7; Tjora, 2021, s. 267-9). Mine funn kan dermed ses i sammenheng med studier om blant annet organisasjonsutvikling, relasjonsorientert ledelse, bemanningsutfordringer og betydningen av motivasjon på arbeidsplassen. Utvalget reflekterer et mangfold av avdelingsledere i kommunal helsesektor med ulike

forståelser, opplever og meninger, men samtidig har de flere likheter (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 289).

3.8 Forskningsetikk

Kvalitativ forskning er kontekstsensitiv grunnet nærhet til de som «forskes på». Dette gjør kvalitativ forskning spennende og intens, men samtidig byr det på ulike etiske utordringer (Tjora, 2021, s. 17). Etiske betraktninger betegnes som implisitte etiske valg forskerne bør ta i en forskningssituasjon og er hensyn som må tas gjennom hele forskningsprosessen. Forsker bør være bevisst etiske konsekvenser før han/ hun handler, da det kan oppstå spenning mellom ønsket kunnskap og etiske hensyn. Aspekter som tillit, konfidensielt, respekt og gjensidighet preger forskningen, spesielt med tanke på personvern. For å ivare god etikk ble studiet på forhånd meldt til personvernombudet for forskning og godkjent av samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (Sikt) (Vedlegg B). Ingen deltakere ble rekruttert før Sikt var godkjent. I tillegg ble det sentralt å reflektere over etiske problemstillinger slik at jeg som forsker kunne ivareta deltakerne. Videre vil det beskrives etiske beslutninger som ble tatt for å ivareta deltakerne.

3.8.1 Informert samtykke og frivillighet

Informert samtykke betyr at forskningsdeltakere informeres om formålet med studien og at de har muligheten til å trekke seg gjennom hele forskningsprosessen (Thagaard, 2009, s. 26). Deltakerne fikk utlevert et informasjonsskriv (Vedlegg A) før intervjuet ble avtalt som oppfordret deltakerne til å bli kjent med forskningsstudiets hensikt. Informasjonsskrivet inneholdt formålet med studien, behandling og bruk av data og deltakernes rettigheter som konfidensialitet og frivillighet (Postholm, 2010, s. 82). Før intervjuet startet ble deltakernes rettigheter og prosedyrene for behandling og lagring av data formidlet, samt samtykkeerklæring (Vedlegg A) signert. Det ble igjen forklart at det var garantert svaranonymitet og at intervjuet var frivillig, som betyr at det er mulig å trekke seg både før og etter intervjuet. Etter intervjuet ble «diktafonen» skrudd av og det ble spurt om hvordan deltakeren opplevde å bli intervjuet.

3.8.2 Anonymitet og konfidensialitet

Et viktig etisk grunnprinsipp for forskningspraksis er anonymitet og konfidensialitet. Thagaard (2009, s. 27) beskriver konfidensialitet som at deltakerne har rett til at all informasjon de gir blir behandlet konfidensielt og garanti for at de ikke kommer til skade. For å unngå at deltakere kommer til skade vil datamaterialet anonymiseres slik at deltakerne ikke kan bli gjenkjent. For å sikre god og forsvarlig bruk av lydopptaket ble det valgt å bruke diktafon, der lydfilen ble transkribert fort etter endt intervju direkte fra diktafonen, og slettet. Dette var for å sikre effektiv anonymisering av deltakeren. Som nevnt ovenfor ble deltakerne garantert svaranonymitet. All personinformasjon ble derfor anonymisert både i transkripsjonen og i rapporten for å sikre konfidensialitet. Mulige identifiserende informasjon og uttalelser om deltakeren, ansatte, institusjonenes navn og geografisk område ble anonymisert for å sikre konfidensialitet i transkriberingen (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 106). I tillegg som nevnt i 3.4 valgte jeg å gjøre deltakerne dialektnøytrale og bruke pseudonymer for å skjule deltakernes identitet.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil studiens forskningsfunn presenteres. Funnene har bakgrunn i arbeidet gjort knyttet til intervju, transkripsjon og analyse, som tidligere beskrevet i metodekapittelet. Funnene bidrar til å besvare oppgavens problemstilling: «Hvilke muligheter og utfordringer opplever avdelingsledere med å beholde og rekruttere helsepersonell i kommunal helsesektor?». Funnene som ble analysert frem gjennom en refleksiv tematisk analyse og beskrives i *tabell 1*:

Hovedtema	Undertema
1. Gradvis endring trengs for å beholde og rekruttere helsepersonell	- Arbeidsoppgaver som motiverer - Politiske rammer setter grenser for endring
2. Investering i ansatte skaper motivasjon	- Ledelsen må være tett på og tilgjengelige - Et attraktivt arbeidsmiljø
3. Å ha et godt omdømme påvirker rekruttering av helsepersonell	- Media påvirker omdømmet - Personalet og studenter bidrar til diskursendring
4. Kompetanseheving er attraktivt	- Behovet for kompetanseheving - Kompetanseheving gjennom samspill

Tabell 1: Oversikt over hovedtema og medfølgende undertema

Alle hovedtemaene inneholder flere tilhørende undertema som bidrar til å utfylle og peker på de mest sentrale delene ved hovedtemaet. Funnene blir presentert hver for seg, men anses som sammenhengende. Avdelingsledernes opplevelse av rekruttering i kommunal helsesektor vises som et engasjerende prosjekt som de selv jobber mye med på sine egne arbeidsplasser. Likevel vises det som at noen av deltakerne er noe mer positive om fremtidens rekrutteringsmuligheter, mens andre opplever rekruttering som en krevende prosess. Temaene representere avdelingslederne sine egne opplevelser med å beholde og rekruttere helsepersonell og viser både til utfordringer de selv har opplevd, samt potensielle løsninger eller endringer som de anser kan bidra til for å gjøre kommunal helsesektor mer attraktiv på sikt. I dagens situasjon ser deltakerne rekrutteringssituasjonen som en refleksjon av et samfunn som ikke er bærekraftig, med en trend om økt behov for helsetjenester og færre helsepersonell. For å kunne opprettholde en funksjonell og mer bærekraftig helsesektor må den også endres, der nye løsninger og teknologi må til. Videre vil hovedtemaene presenteres i samsvar med sine tilhørende undertema.

4.1 Gradvis endring trengs for å beholde og rekruttere helsepersonell

Temaet handler om hvordan avdelingsledere i kommunal helsesektor opplever at det er behov for en omstilling i hvordan helsepersonell arbeider. Deltakerne fortalte for at helsesektoren skal kunne være bærekraftig i fremtiden må det være ønskelig og attraktivt å arbeide i helsesektoren slik at det skal være samsvar mellom tilbud og etterspørsel. Akkurat nå opplever deltakeren at de kommer kort på sine tjenester i møte med stor etterspørsel som legger press og økt belastning på helsepersonell. Belastningen oppleves dermed som en negativ faktor og gjør det utfordrende å rekruttere helsepersonell. For å kunne dekke behov for helsepersonell på sikt mener deltakerne at det trengs en gradvis endring av både interne og politiske organiseringer. Gradvis endring forstås som et behov for endring, men i den grad at endringen kan skje i samsvar med full drift. De interne endringene er knyttet til organisering av arbeidsroller

og oppgaver, mens de politiske endringene handler om hvordan helsetjenester driftes med tanke på budsjett og grunnbemanning. Slike endringer kan dermed kunne åpne opp for nye muligheter til å jobbe annerledes, som deltakerne opplever vil være positive løsninger for å rekruttere og beholde helsepersonell. Videre vil jeg presentere undertemaene «arbeidsoppgaver som motiverer» og «politiske rammer setter grenser for endringer».

4.1.1 Arbeidsoppgaver som motiverer

Dette undertemaet handler om at deltakerne opplever et behov for en endring i arbeidsoppgaver og fordeling for å redusere arbeidsbelastning og tidspress, samt forebygge sykefravær. Endring i organisering av arbeidsoppgaver- og roller mener deltakerne vil føre til at de kan tilby mer forsvarlig helsetjenester uten økt ressursbruk. Avdelingslederne poengterer at belastningen helsepersonell opplever leder til høyt sykefravær, noe som ofte gir en dominoeffekt og gjør det vanskelig å beholde ansatte. Deltakerne ser derfor for seg at helsepersonell må jobbe annerledes i fremtiden. Ved å organisere arbeidsfordelingen slik at helsepersonell kun har arbeidsoppgaver som reflekterer pasientpleie kan tenkes å bidra til å motivere ansatte. Silje fremhever at flere ansatte jobber frivillig deltid fordi de ikke orker presset i møte med økt ansvar og arbeidsoppgaver. Videre nyanserer hun at i møte med nåværende pasientgruppe må det skje en effektivisering av arbeidsoppgavene som helsepersonell utfører. Pasientgruppen beskrives som sykere enn tidligere, som krever mer av helsepersonell. En løsning deltakerne beskriver er utvikling av velferdsteknologi. Som Silje forteller her:

«Vi ønsker jo masse velferdsteknologi hjelpemidler inn som hadde hjulpet kjempe mye og det er mere spennende også å jobbe når du får brukt tiden din der den trengs, der det er behov for den». (Silje)

Silje mener at på sikt er det ikke bærekraftig å fortsette slik som situasjonen er nå, da belastningen helsepersonell opplever gjør det utfordrende både med å beholde og rekruttere helsepersonell. Velferdsteknologi presenteres som potensiell løsning som kan bidra til effektivisering av arbeidsoppgaver som igjen kan tenkes å bidra til mindre belastning for ansatte. Deltakerne presenterer blant annet kamera og sensor som teknologiske løsninger som kan arbeidsoppgaver effektiviseres og gjøre det enklere for personell å følge opp pasienter. Ved å bruke digitale hjelpemidler vil det kunne endre hvordan helsepersonell arbeider og gi mer tid til pasientene. Velferdsteknologi kan derfor antas å gjøre det mer attraktivt å jobbe i helse. Videre beskriver Hanna og Solveig også helseplattformen som positiv velferdsteknologi i relasjon til mer effektiv samhandling med andre etater og helsepersonell, noe som kan gjøre arbeidshverdagen enklere. Samtidig poengterer Solveig at ny teknologi kan være belastende, da den endres raskt og personalet bruker mye tid til å sette seg inn i den.

Alle deltakerne er enige om at arbeidsoppgavene som utføres må oppleves som spennende, utfordrende og nødvendig slik at det blir mer motiverende å arbeide i helse. Det blir bare flere arbeidsoppgaver mener Guri og dersom helsepersonell ikke opplever at de mester jobben og belastningen blir for stor vil den ikke være bærekraftig. Å ha arbeidsoppgaver som motiverer vil kunne bidra til at det blir enklere å både beholde og rekruttere helsepersonell. Deltakerne forteller om løsningen av å spisse arbeidsoppgaver for helsepersonell, eksempelvis at sykepleier kan gå på «topp». Det betyr at sykepleierne slipper å tømme søppel, servere mat og bidra med stell i tillegg til egne sykepleieoppgaver. Solveig mener at spissing av arbeidsoppgaver gir muligheten for helsepersonell til å arbeide med faget sitt, samt enklere å fordele ressurser på avdelingen der det er behov for gitt kompetanse. Som Solveig sier her:

«Jeg hørte på helsekommisjonen eller helse.. det blir jo ikke flere folk, vi må jobbe smartere. Det gjør vi ved å spesialisere, ikke spesialisere, men at sykepleiere får gjøre sykepleieroppgaver og helsefagarbeidere gjøre helsefagarbeideroppgaver også kan andre vaske klær og smøre på brødkiver». (Solveig)

Ved å spisse arbeidsoppgaver kan det tolkes som å være en mulighet for å motivere helsepersonell og gjøre det mer attraktivt på sikt. Ved at sykepleiere går på topp kan det redusere mengden ansvar og arbeidsoppgaver, men ha tid til sine sykepleieroppgaver. Det samme tenkes om helsefaglig bakgrunn og andre profesjoner.

Lilli presentere et annet perspektiv enn tidligere, der hun setter spørsmål ved hvilke oppgaver det offentlige skal løse. Hun ser for seg at i fremtiden vil det være urealistisk å tilby tjenester som tar for seg livsglede, tømning av søppel og vasking av klær på enhet. I likhet med flere av deltakerne presenter Lilli at det er behov for støttepersoner som pårørende, frivillige og andre eksterne personer til å overta ulike arbeidsoppgaver. Muligheten til å videreføre enkelte oppgaver til støttepersoner anser deltakeren både som nødvendig og som en langsiktig løsning for å beholde og rekruttere helsepersonell. Som Lilli forteller:

«Så vi prøver å tenke alternativt og kanskje tenke at frivillig kan komme og avlaste andre oppgaver som ikke trenger den spissede kompetansen da. Så det tenker jeg også når vi skal gjøre mer fremover. Ja, så det er jo litt sånn tenk sånn alternative folk inn og ikke være redd for at andre fra gata, for å si det sånn, kan komme inn her å gjøre andre oppgaver». (Lilli)

Å bruke «støttepersoner» kan tolkes som å være en sentral ressurs for å jobbe annerledes, slik at belastningen på helsepersonell kan reduseres. Ved at for eksempel frivillig, besøksvenner og pårørende kan overta enkelte oppgaver som vask av pasienters klær og rom, følge pasienten til lege, servering og stuevakt vil dette redusere ansvar og mengde arbeidsoppgaver for helsepersonell. Å bruke alternative mennesker til å overta spesifikke arbeidsoppgaver vil dermed tenkes å kunne konkretisere helsepersonell sine arbeidsoppgaver slik at de kun har ansvar for pasientpleie. Slik arbeidsoppgavene er lagt opp i dag kan tenkes å være lite attraktivt og bærekraftig på sikt, særlig i møte med redusert antall helsepersonell.

For å oppsummere kan belastningen ansatte opplever beskrives som både psykisk og fysisk. Den psykiske belastningen ses i relasjon til at de må ta på seg mer ansvar og flere arbeidsoppgaver på arbeidsplassen, mens den fysiske belastningen knyttes til at pasientene er sykere enn tidligere. Belastningen helsepersonell opplever mener deltakerne gjør det uattraktivt å arbeide i helse. Løsninger som velferdsteknologi, spissing av arbeidsoppgaver og støttepersoner presenteres som muligheter til å gjøre helsesektor mer attraktiv og bærekraftig på sikt.

4.1.2 Politiske rammer setter grenser for endringer

Helsevesenet driftes i takt med politiske rammer som utvikles av staten. Temaet «politiske rammer setter grenser for endringer» presenteres som et sentralt tema for deltakernes opplevelse av begrensninger for endring på organisasjonsnivå. Deltakerne fremhever politiske rammer for budsjett som krevende å innfri, da rammene oppleves som urealistiske i møte med dagens etterspørsel. Stramme budsjett bidrar til å påvirke hvordan avdelingsledere velger å drifte enhetene. Opplevelsen av begrensningen ses i sammenheng med følelse av lite autonomi i på arbeidsplassen, noe avdelingslederne mener hindrer muligheter for å skape endringer som kan gjøre det mer attraktivt å arbeide i helse. Endringer i budsjett ses derfor som en mulighet til å enklere tilrettelegge for at helsetjenestene kan få mer rom til hvordan tjenestene skal driftes og organiseres.

For å redusere belastningen for ansatte i møte med fravær velger Silje bevisst å sprengje budsjettet ved å leie inn, fordi hun opplever at det er lønnsomt i det store løpet:

«Så da blir det jo til at vi avdelingssykepleierne leier inn litt da. Sprenger litt budsjett fordi vi vet i det store løp så gagner det. Vi får mindre sykefravær, det er veldig dyrt med sykefravær hadde vi hadde hatt en ekstra på vakt så hadde vi ikke trengt å leie inn ved sykefravær og vi hadde forebyggt sykefravær». (Silje)

Det kan dermed tenkes at det er et sårt behov for flere hender i helsesektoren og ekstra innleie av personell kan være med på å redusere ansattes opplevelse av belastning. Flere hender gir også en mer romsligere hverdag som bidrar til å beholde ansatte. Samtidig ser Silje at det er behov for andre løsninger på sikt, da innleie kan anses som en midlertidig løsning. Silje opplever at budsjettet påvirker om de har råd til å rekruttere eller ikke. Alle deltakerne kommenterer at det er behov for økt budsjett for å ha nok penger til å rekruttere flere folk, da det er behov for flere helsepersonell. Samtidig reflekterer Lilli at selv med økt budsjett fra staten blir penger ofte øremerket til utgifter som politikerne mener er riktig og de har lite å si i beslutningen. Noe hun presiserer her:

«Også har vi politikere som har bestemt at det skal være servicevert på alle sykehjem. De lager jo mat på kjøkkenet og det avlaster jo pleiepersonell mye, men nå har vi fått enda mere penger til det fordi nå har man fått det på helg også, men vi har ikke penger til å sette in servicevakt på helg. Fordi vi trenger jo folk på avdelinga, sånn at det høres ut jo fint og flott at det har blitt bestemte og vi kunne ha ønsket at det var sånn, men vi må bruke penger på folk, vi må faktisk ha nedskjæringer på folk». (Lilli)

Det kan tolkes som et behov for at helsetjenestene skal får mer økonomisk makt til å bestemme hvor pengene fra budsjettet skal distribueres. Det kan dermed tenkes som en spenning i møte med politiske beslutninger som har en opplevelse av negativ innvirkning på driften uten forståelse av beslutningen. Lilli uttrykker at det bør være en politisk satsning slik at det blir bærekraftig også i budsjettet, da de allerede sliter med ha nok ansatte på avdeling. Videre beskriver Guri at det må meldes og vise til behov for satsninger i budsjett. I tråd med økt budsjett ser deltakerne for seg lønn som et godt virkemiddel for å gjøre det attraktivt å arbeide i helse. Deltakerne ønsker derfor økt budsjett slik at de kan øke lønninger for å tiltrekke seg flere. Tre av seks deltakere beskriver at de har høyt sykefravær som gjør det vanskelig å tilby konkurransedyktig lønn, da mye av budsjett forsvinner til fravær og innleie. Imidlertid opplever Guri, Hanna og Solveig å ha lavt sykefravær og legger vekt på at budsjettet må strekkes for å tilby konkurransedyktig lønn slik at ansatte blir. Som Solveig fortalte:

«... ja det å friste med.. hun jeg hadde på intervju for noen uker siden hun har jo fått tilbudet, da klarte vi å matche lønnen faktisk med 40 000 mer enn det hun fikk på sykehuset. Så det er jo kjempebra». (Solveig)

Konkurransedyktig lønn kan dermed tenkes å være en sentral motivasjonsfaktor for å rekruttere og beholde helsepersonell. Solveig følte en positiv opplevelse av å kunne tilby en konkurransedyktig lønn og mener dette er et viktig virkemiddel som kan brukes for å gjøre kommunen attraktiv. Mye av budsjettet går til lønn og ved å kunne gi konkurransedyktig lønn mener avdelingsledere at sykefraværet vil gå ned. Bruken av budsjettet skjevfordels dermed om det er mye sykefravær og det blir vanskelig å friste med lønn. For å beholde og rekruttere må det satses på budsjett. Å gi lønn som

motiverer for strevet kan derfor tenkes å være med på å beholde ansatte og gjøre kommunal helsesektor mer attraktivt.

For å oppsummere kan det forstås som at det er behov for å gjøre endringer i politiske rammer slik at tjenestene kan brukes til å tilrettelegge for muligheter enn å begrense. Budsjett har derfor stor påvirkning på hvor helsetjenester driftes, spesielt det å kunne tilby konkurransedyktig lønn beskrives som en sentral måte å tiltrekke ansatte og påvirke sykefravær. Endring av budsjett kan dermed anses som å påvirke rekruttering av helsepersonell.

4.2. Investering i ansatte skaper motivasjon

I møte med avdelingslederne ble det sentralt å inkludere investering i ansatte som et eget tema. Investeringslogikken gjenspeiler deltakernes forståelse av hva som produserer verdi på arbeidsplassen og beskrives som fremgangsmåter lederne anser som viktig for å gjøre arbeidsplassen mer attraktiv for helsepersonell. Investering i ansatte ses i et bredt perspektiv og reflektere deltakernes tid og nærhet til ansatte, og bruk av ressurser for å styrke arbeidsmiljøet. Det å investere i ansatte er noe de opplever vil gagne enhetene på sikt for å kunne beholde og rekruttere helsepersonell. Avdelingslederens fokus på nærhet, tilgjengelighet og arbeidsmiljø kan også ses i relasjon til hvordan deltakerne bruker sin rolle til å støtte ansatte på arbeidsplassen. Med andre ord hvordan lederende bidrar til å skape endringer på et organisasjonsnivå gjennom sin tilnærming til ansatte. Videre vil jeg presentere tilhørende undertemaer.

4.2.1 Ledelsen må være tett på og tilgjengelige

Det å kunne være tilgjengelig og tett på sine ansatte er en viktig del av det å skape verdi. Nærhet beskrives som en viktig investering i ansatte, da deltakerne opplever å kunne enklere styrke moralen og bidra inn i avdelingen. Ved å være fysisk tilgjengelig og nær i avdeling beskriver deltakerne at det gir sentrale fordeler som å etablere en positiv relasjon og tett dialog med ansatte, slik at ansatte lettere kan spørre om hjelp. En likhet hos alle deltakerne var at de brukte mye av arbeidstiden på å være tilgjengelig og bistå ansatte, enten faglig eller ute i avdeling. Spesielt uttrykket fire av seks deltakere at de brukte mye tid på å være ute i avdelingen som ressurs for ansatte, noe de anser som nyttig for å styrke ansatte opplevelse av motivasjonen og faglig trygghet. Som Solveig forteller:

«Jeg velger jo å være med til vaktstart og til rapporten bare for å treffe nattevakta og høre hva som har skjedd, være med å organisere dagen da. Så det velger jo jeg å gjøre. Og det ser jeg jo er nyttig». (Solveig)

Ved å føle at ledelsen er tilgjengelig og tett på, kan tolkes som å ha positive innvirkninger på ansatte motivasjon og trivsel i arbeidshverdagen. Nærheten til både pasienter og ansatte gir også en mulighet for avdelingslederen til å kunne «se» hva som foregår på avdeling, eksempelvis ansatte som trenger ekstra oppfølging. Tre av deltakerne nevner at de bruker nærhet som en aktiv og nyttig ledelsesstilnærming for å støtte personalet i arbeidshverdagen. Som Guri forteller:

«Du vi er nærledelse. Det er et absolutt pluss. Du er til stede, du er tilgjengelig for de ansatte, du kan gå tidlig inn hvis det er noen som ligger an til å få sykefravær. Vi kan forebygge langtidsfravær, vi kan også være med å forebygge korttidsfravær og være fleksibel. Vi legger til rette for at folk skal kunne bytte vakter, flytte på helger, også er vi tett på dersom det skal være noe». (Guri)

En kan oversette at nærheten til ansatte er noe de anser som givende både for dem og ansatte. Gjennom nærhet til ledelsen gir det også mer spillerom for ledelsen, slik at det blir enklere å gå inn for å gjøre tiltak for å redusere belastningen på ansatte, noe som igjen kan være med på å forebygge sykefravær. Ved å ha fokus på å forebygge sykefravær gjennom nærhet gir dette verdi gjennom å beholde ansatte, som igjen kan anses som å gjøre arbeidsplassen mer attraktiv. Samtidig nevner deltakerne at jobben krever mye av dem. Det å være tett på tar mye av tiden vekk fra egne oppgaver og oppleves utfordrende å jobbe med nærledelse, da det krever mye ressurser fra avdelingslederne. Katrine forteller at:

«(...) Det er nesten standard, og sånn ellers i perioder er vi ute og hjelper til og bidrar som alle de andre i pleie. Så det blir kanskje litt travelt med andre ting som man må ta igjen etterpå, fordi kollegaer vil gjerne ha tilrettelagt, planer og medarbeidersamtaler, ikke sant, men det blir litt lite tid til det». (Katrine)

Det kan dermed tolkes som at deltakerne føler at det tar tid til å være tilgjengelig for ansatte og skaper en spenning mellom det å ha tid til medarbeidersamtaler, tilrettelegging og planlegging, men også være der for ansatte. Det å være tilgjengelig og skape nærhet til ansatte vises dermed både som en utfordring og en løsning. Tilgjengeligheten ovenfor ansatte kan dermed tolkes som en investeringslogikk som er med på å gjøre arbeidsplassen mer eller mindre attraktiv for helsepersonell på sikt og vil påvirke rekruttering.

4.2.2 Et attraktivt arbeidsmiljø

I relasjon til det å investere i sine ansatte presenterer avdelingslederne arbeidsmiljøet som sentralt. Deltakerne mener arbeidsmiljøet er noe som bidrar til å tiltrekke ansatte til arbeidsplassen, der ansattes opplevelse av en trygg og etablert personalgruppe bidrar til et godt arbeidsmiljø. Det at ledelsen velger å bruke tid og ressurser på arbeidsmiljøet anser de som å ha en positiv effekt på trivsel. Deltakerne legger frem at arbeidsplasser med dårlig arbeidsmiljø beskrives som å ha en negativ påvirkning på det å beholde og rekruttere ansatte, da flere sliter med mye frafall. Det å investere i arbeidsmiljøet mener de derfor vil bidra til å skape verdi ved at flere trives på jobben og ikke sykemelder seg. Tre av seks deltakere opplever lite gjennomtrekk i sine avdelinger og mener det kan knyttes til de sosiale sammenkomstene og godene de tilrettelegger på avdeling. Som Silje beskriver:

«(...) vi får til hyggelige fells sammenkomster i avdelingen og spiser felleslunsj, ha fredagskos, eller en avslutning på uka. At vi jobber med det gode arbeidsmiljøet det synes de jo gir veldig motivasjon, når det er gøy å gå på jobb når man hjelper hverandre og samarbeider». (Silje)

Det kan tolkes som at det å bruke penger på ansatte er med på å skape verdi, noe deltakerne anser som viktig for å gjøre arbeidsplassen attraktiv. Ledernes aktive tilrettelegging av et godt arbeidsmiljø kan derfor anses som å gjøre at ansatte føler seg verdsatt slik at de blir mer motivert til å komme på jobb. Om ansatte motiveres til å komme på arbeidsplassen kan det tenkes at sykefraværet går ned, noe som igjen skaper en mer stabil personalgruppe. Flere av deltakerne beskriver at sykdomsfravær som en negativ påvirkning på arbeidsmiljøet, da hyppig utskiftning av ansatte skaper usikkerhet og et dårlig arbeidsmiljø. Her forteller Katrine om en slik opplevelse:

«Så det blir litt mere sporadisk på jobben enn ved kun de fulltidsansatte. Det påvirker også hvordan man har det på jobben». (Katrine)

Hun ser for seg at ved å jobbe aktivt med arbeidsmiljøet er viktig for at ansatte skal kunne oppleve stabilitet i personalgruppen. Det kan derfor tolkes som at det er verdt å investere i arbeidsmiljøet for å beholde ansatte på arbeidsplassen. I motsetning til de andre deltakerne opplever Lilli at de ikke har mulighet til å investere og gi goder til ansatte, da hun mener at budsjettet må brukes på innleie. Her beskriver Lilli det å investere i arbeidsmiljøet ikke som en prioritert, men heller som en utgift:

«Ja det er jo litt sånn med prioriteringer, hvor er det man skal bruke penger, selvfølgelig er det jo folk man bruker penger på så vi prøver å ta bort av alt annet, alt annet tull som man kanskje vet ikke har så mye å si. Dessverre går det litt utover det sosiale til de som jobber her». (Lilli)

Det kan tolkes som at Lilli har en del sykefravær på avdelingen. Budsjettet er stramt og ved stort frafall av ansatte ser hun derfor større verdi i å prioritere bemanning enn arbeidsmiljøet. Ved å ikke investere i arbeidsmiljøet, spesielt ved høyt sykefravær er det mulig og tenkte at dette kan bidra til å forverre situasjonen. Desto flere som er borte skaper det usikkerhet hos ansatte og ansvar faller over på resterende personell. Det blir dermed høy belastning på ansatte og mindre attraktivt å fortsette på arbeidsplassen. Bruk av tid og penger på ansattes arbeidsmiljø kan dermed tenkes ha en effekt på det å rekruttere og beholde ansatte.

4.3 Å ha et godt omdømme påvirker rekruttering av helsepersonell

Tema «å ha et godt omdømme påvirker rekruttering av helsepersonell» viser til deltakernes forståelse av kommunens omdømme og omdømmets påvirkningskraft. Omdømme relateres både til det media skaper om helsesektoren, men også om hvordan helsepersonell fremstiller yrket sitt. I relasjon til diskursen rundt helsevesenet opplever deltakerne at helsevesenet fremstilles svært negativt, noe de ønsker å endre. Samtidig beskrives media, helsepersonell og studenter som viktig ressurser i det å skape endringer i hvordan diskurs rundt kommunal helsesektor presenteres. For å belyse tema presenteres undertemaene «Media påvirker omdømmet» og «Personal og studenter bidrar til diskursendring».

4.3.1 Media påvirker omdømmet

«Media påvirker omdømmet» handler om deltakernes opplevelse av media og hvordan media kan bidra til å skape endring i omdømmet for å tiltrekke seg flere helsepersonell. Media beskriver deltakerne både som en sentral lagspiller og fiende i møte med å rekruttere og beholde ansatte. På den ene siden bidrar media til å belyse at det er behov for omstilling i sektoren, da reportasjer presenterer om en travel og belastende arbeidshverdag. På den andre siden mener deltakerne at media kun fremstiller negative opplevelser, som fokus på uheldige pasient opplever og negative uttalelser fra helsepersonell. Det negative fokuset i media bidrar derfor til å ha en negativ effekt på omdømme knyttet til kommunal helsesektor og jobben helsepersonell gjør. En følgeeffekt blir derfor at det gjør det vanskelig å rekruttere ansatte, spesielt med tanke på den nye generasjonen av helsepersonell som de sårt har behov for. Katrine setter fokus på at det er tøft å arbeide i helse ut ifra hvordan det fremstilles i media, og synes selv at de gir god omsorg. Hun forteller at:

«(...) Ja vi har tøffe dager det har vi, men så får vi disse historiene fra media og kan oppleve å bli litt nedtrykt av det. Det kan jo gå utover motivasjon, ja det er jo så forferdelig i eldreomsorgen og det er så stramme rammer som vi har. Det blir en ond sirkel». (Katrine)

Det kan tenkes at det media fremstiller derfor bidrar til å ha en negativ påvirkning på ansattes opplevelse av arbeidsmotivasjon og forståelse av arbeidsplassen. Medias fremstillinger kan derfor tenkes å skape ringvirkninger om holdninger til yrket og anses å påvirke om arbeidsplassen blir mer eller mindre attraktiv. Silje beskriver at det er vanskelig å rekruttere inn til helse, da det kun snakkes om hvor hektisk det er og derfor kan oppleves som uattraktivt. Deltakerne presenterer likevel media som en viktig lagspiller for å endre diskursen. Gjennom å bruke media mener avdelingslederen at de kan presentere det positive med å arbeide i kommunal helsesektor, eksempelvis at arbeidsplassen er spennende og utfordrende. Det kan tenkes at endring i ryktet vil tiltrekke flere ansatte. Hanna argumenter at yrkesstoltheten blir redusert i møte med det som presenteres i media. Hun ønsker derfor at media kan være med å spille på laget og forteller at:

«Vi må få media med på laget. Jeg vet jo flere enheter som prøvde å lage sånne gladsaker i media, men media er ikke interessert fordi det lager ikke store overskrifter og får ikke opp lesertallene og det er kjempesynd, fordi det gjør jo noe med den yrkesstoltheten for vi som jobber i kommunen og i helse. Om alt som kommer frem er negativt, da skjønner jeg at generasjonene under oss ikke ønsker å jobbe i helse». (Hanna)

Helsepersonells yrkesstoltenhet kan tenkes ha negativ påvirkning fra media og gjør at helsepersonell kan oppleve å bli demotivert, noe som igjen bidrar å gjøre kommunal helsesektor mindre attraktivt. Ved å ha media på laget kan de bidra til å endre diskursen om kommunal helsesektor og påvirke helsepersonell oppfatningen av eget arbeid og det å arbeide i helse. Det kan dermed oppfattes som at media er en viktig ressurs i endring av rykte om kommunal helsesektor.

4.3.2 Personalet og studenter bidrar til diskursendring

For å kunne påvirke omdømmet presenterer deltakerne personalet og studenter i praksis som viktige ressurser for en positiv endring av omdømme i kommunal helsesektor. Grunnet belastningene helsepersonell opplever mener avdelingslederne yrket har fått en uheldig diskurs også innad av de som allerede jobber i helse. Det er viktig mener deltakerne at kollegaer i helsevesenet spiller på lag med hverandre, da helsepersonell er selv med på å påvirke diskursen om arbeidsplassen. Spesielt Guri beskriver at helsevesenet er en spennende arbeidsplass og det må derfor jobbes med fremsnakk av arbeidsplassen. Hun ser derfor for seg at det blir viktig å fremheve det positive, slik at ansatte kan ta del i holdningen og dele den med andre. Som hun her forteller:

«Jeg tenker at man må få økt fokus på det å jobbe i helse, at det faktisk er en fin jobb. Det er veldig mye positivt med det og for mange er det positivt å jobbe turnus. Lønna er ganske god når du jobber turnus». (Guri)

Ansatte kan derfor tolkes som å være en sentral del av etablering av et godt omdømme, både innad og utad. Dersom ansatte beskriver arbeidsplassen sin med negativ konnotasjon vil det tenkes at dette skaper ringvirkninger og det vil være vanskelig å rekruttere nye ansatte. Å beskrive arbeidet og arbeidsplassen med positive beskrivelser vil det tenkes å gjøre helse mer attraktivt og dermed lettere å rekruttere helsepersonell. Deltakerne opplever også at flere søkere på stillingene de legger ut ofte har hørt positive rykter om arbeidsplassen fra andre. Lilli beskriver at mange av de hun ansetter på arbeidsplassen har søkt basert på rykter fra bekjente som allerede arbeider på sykehjemmet.

«Jeg tenker mye går på rykte. Sånn som de som har fått ansatt sist nå, det er at de har kjent noen her, som sier hei kom å jobbe hos oss, så hører de det via».
(Lilli)

Det kan tolkes som at rekruttering skjer i relasjon til rykte på arbeidsplassen og ansatte er bidragsytende for fremsnakk av arbeidsplassen ut mot potensielle kandidater. Flere av deltakerne kjenner seg derfor ikke igjen i det negative omdømme på egen arbeidsplass og opplever at de ofte får positive tilbakemeldinger fra ansatte.

Videre i møte med den nye generasjonen beskriver fire av seks deltakere at også studenter som er på praksis, som viktige lagspillere for å bidra til et godt rykte om arbeidsplassen. Ved at studenter har en positiv opplevelse av å være i praksis, er de med på å skape et godt omdømme, noe som har stor effekt for rekruttering av fremtidig helsepersonell. Solveig ser for seg at gjennom å ta studentene godt imot og viser til muligheter som finnes i helse, samt attraktive arbeidsoppgaver vil dette ha større ringvirkninger. Her forteller Solveig:

«Ja, vi snakker jo om på forhånd da at vi må ta dem godt imot og ta vare på dem. Det kan jo være fremtidige kollega». (Solveig)

Det kan tolkes basert på det deltakerne presenterer at å synliggjøre kommunen til attraktive arbeidstakere og vise til hvordan helsepersonell arbeider og hva som finnes av muligheter vil det kunne bidra til å arbeidsplassen mer attraktiv. Både personalet og studenter kan dermed anses som sentrale ressurser i å kunne bidra til et godt omdømme som vil kunne gjøre det enklere å rekruttere og beholde helsepersonell.

4.4 Kompetanseheving er attraktivt

Dette temaet beskrives som grunnleggende for å tiltrekke helsepersonell. Kompetanse er en noe som både enhetene forventer og etterspør på arbeidsplassen. I relasjon til behovet for kompetanse handler det om at deltakerne opplever å ha mangel på fagkompetanse på arbeidsplassen. Deltakerne presenterer dermed at ansatte må utvikle sin kompetanse. Økt kompetanse anser også deltakerne som viktig for å styrke ansattes opplevelse av motivasjon og mestring på arbeidsplassen. Ved at helsepersonell kan føle seg kompetent og bidra til både egne og andres kompetanseheving argumenterer avdelingslederens for å være en viktig strategi for å gjør kommunal helsesektor attraktivt. Fokuset på kompetanseheving kan derfor anses som sentralt i møte med rekruttering av helsepersonell. Undertemaene «behov for kompetanseheving» og «kompetanseheving gjennom samspill» vil videre beskrives nedenfor for å belyse temaet.

4.4.1 Behov for kompetanseheving

Flere av deltakerne opplever at det er få søkere med fagkompetanse. Spesielt sykepleiere skiller seg ut som den vanskeligste faggruppen å rekruttere. Konsekvensen blir dermed at enhetene ofte velger og ansatte den som har søkt, selv om søkerne ikke oppleves som egnet, eller trekker utlysningen. Grunnet få søkere beskriver flere av deltakerne at det er lite som skal til for å ikke ta inn søkere med fagkompetanse, da de opplever å være desperate etter bemanning. Deltakerne opplever dermed et press i møte med begrenset bemanning, der flere følelser kommer frem. Slik Lilli beskriver her:

«Jeg tror at det er ikke så mange å hente, det er litt skummelt å si». (Lilli)

Det kan tenkes at det er en stor bevissthet hos avdelingslederne av det er mangel på kompetanse i feltet. Grunnet mangel på fagkompetanse kan det antas at flere av sykehjemmene velger å ansette selv ved usikkerhet rundt kandidaten, da de opplever for

få søkere og behov for arbeidskraft. Mangel på fagkompetanse vises derfor som en av de største utfordringene ved rekruttering av helsepersonell og gjør at det er vanskelig å finne dyktig helsepersonell med ønsket kompetanse. For å kunne få kompetansen avdelingene har behov for mener deltakerne en løsning er å styrke ansattes kompetanse. Deltakerne opplever at ansatte motiveres av muligheten til kompetanseheving og utviklingsmuligheter. Kompetanseheving anses derfor ikke bare som et behov, men også en viktig tiltrekningskraft. Hanna beskriver at uten påfylling av fagkompetanse, som kurs og internundervisning tror hun at flere vil ønske seg andre steder og at det blir mindre appellerende å jobbe i kommunen. Samtidig koster kompetansehevingstiltak også penger. Som Hanna forteller:

«Kommunen legger inn krav at vi skal gjøre sånn og sånn, men vi har ikke budsjett til det. Men hva skjer om vi ikke sender folk på kurs. Da er det ikke så attraktivt å jobbe her, da vil de heller til St. Olav. De har fastsatt hver 6 uke fagdag for eksempel. I kommunen får vi 2 fagdager i året, men vi rekker ikke sende alle for eksempel. Så jeg tror at det koster å ha fagdag, men jeg tror også at det rekrutterer og beholder folk. Så vi har brukt mye penger på det, men at det gagnar enheten på sikt». (Hanna)

Det kan tolkes som at fokus på kompetanseheving på enhet vil gagne enheten på sikt. Gjennom å tilby kurs og internundervisning kan dette tenkes å gjøre arbeidsplassen mer attraktivt og igjen tiltrekke flere fagutdanninger, men også beholde ansatte. Det kommenteres også fra deltakerne at sykehuset tiltrekker seg mange sykepleiere og fagutdanninger grunnet fokus på kompetanseheving. Å tilby muligheter for interundervisning og kurs kan dermed gjøre dem mer konkurransedyktig. Det kan tenkes at på sikt er det derfor verdt investeringen i kompetansehevende tiltak.

For å kunne tiltrekke seg flere helsepersonell med fagkompetanse fremhever alle deltakerne spissing av kompetanse som sentralt. Pasientene som kommer på sykehjem i dag oppleves av deltakerne som pasienter med komplekse sykdomsbilder. For å imøtekomme fremtidens begrensinger på personell og økt pasienter med komplekse sykdomsbilder, vil det å ha god fagdekning og kompetanse være utrolig viktig mener deltakerne. Silje opplever at økt fokus på kompetanseheving vil kunne bidra til å motivere ansatte når de får større innsikt og forståelse i ulike arbeidsoppgaver. Her poengterer hun:

«Vi jobber jo også mye i sykehjemmet også med å øke den kliniske observasjonskompetanse, observere beboere og målinger å jobbe mere sånn faglig. Det er jo veldig spennende når du kan ta en måling og du kan vurdere den målingen, at du ser at du.. at det gir deg noe det svare. At du ikke bare sender det svaret videre, men at du ser og lærer deg å observere». (Silje)

Å tilrettelegge for spissing av kompetanse kan derfor tolkes som viktig for å kunne dekke pasientenes behov og bidra til ansattes opplevelse av mestring og motivasjon på arbeidsplassen. Dette vil igjen tenkes å gjøre arbeidsplassen mer attraktiv. Samtidig ved at ansatte er faglig stødig vil det også bli lettere for ansatte å håndtere den nye pasient gruppen. Om ansatte føler de ikke klarer å imøtekomme pasienters behov kan arbeidsplassen oppleves som belastende og mindre attraktivt. Å tilrettelegge for spissing av kompetanse vil derfor kunne bidra til at ansatte føler at de mester arbeidsoppgaver som bidrar til motivasjon. Å bruke kompetanseheving som strategi kan dermed tenkes å bidra til å rekruttere og beholde helsepersonell.

4.4.2 Kompetanseheving gjennom samspill

For å kunne løse dagens situasjon med stor etterspørsel for helsetjenester, spesielt med tanke på sykehjem, viser deltakerne til kompetanseheving som nødvendig for å enklere fordele ressurser og jobbe mer effektivt. En løsning som deltakerne opplever som nyttig er deling av kompetanse gjennom samspill. Deling av kompetanse handler om at helsepersonell er avhengig av hverandres kompetanse på arbeidsplassen for å kunne gi den pleien pasienter har behov. Gjennom å aktivt dele kompetanse vil dette kunne bidra til å redusere opplevelsen av belastningen på enkelte profesjoner og helsepersonell kan bruke hverandres styrker. I fremtiden vil vi være avhengige av alle profesjoner og helsepersonell må derfor hjelpe hverandre for å styrke helsepersonell sin helhetlige kompetanse der de kommer til kort. Guri beskriver at:

«Jeg tror vi må øke kompetansen deres og gi dem mer ansvar, la dem få lov til å kjenne på mestring. Vi må ikke ha sånne store profesjonsskiller. Alle er like viktig, også ned til assistenten, helgevikaren og studentene». (Guri)

Ved å ha helsepersonell med ulik kompetanse er det flere å lene seg på og forhøre seg med, som fører til bedre fordeling av ressurser på avdeling. Det å bruke ulike profesjonskompetanser og se hverandre som ressurser kan tolkes som å føre til kompetanseheving, som igjen kan gi økt motivasjon og opplevelse av mestring blant helsepersonell. Det å oppleve motivasjon og mestring på arbeidsplassen kan tenkes å bidra til at helsepersonell vil fortsette i sitt arbeid og gjøre det mer attraktivt. Kompetanseheving gjennom samspill kan derfor anses som en løsning som bidrar til å rekruttere og beholde helsepersonell. Samtidig opplever ikke alle deltakerne at ansatte deler informasjonen de lærer. Deltakerne mener derfor at det må settes krav til ansatte som for eksempel drar på kurs slik at hele avdeling får fordelene av kompetansen. Som Solveig sier her:

«Men sånn generelt så er vi litt forsiktig med å sende folk på kurs, fordi da er det den personen som får kompetansen også er de ikke så veldig flinke til å dele det når de kommer tilbake.» (Solveig)

Konsekvensen om ikke ansatte deler kunnskap blir at kunnskapen kan gå tapt, større profesjonsskiller og at helsepersonell ikke har riktig kompetanse i møte med nye sykdommer og tyngre pasienter. Det er derfor sentralt at ansatte deler sin kunnskap slik at resten av avdelingen også kan styrke sin kompetanse, spesielt på tvers av profesjon. Deltakerne legger vekt på at det er behov for at alle profesjoner styrker sin kompetanse slik at de blir enda stødigere i faget sitt, men også lære noe nytt for å utvikle seg og kunne i større grad stille sterkere i møte med komplekse pasienter på sikt.

Deling av kompetanse kan derfor tenkes å være essensielt for å takle de fremtidige, men også nåværende utfordringer i helsesektoren og kan bidra til å gjøre det mer attraktivt å arbeide i helse. Fokus på tilrettelegging av kompetanseheving kan derfor anses som en sentral mulighet til å gjøre det lettere å rekruttere helsepersonell i fremtiden.

5.0 Diskusjon

Formålet med oppgaven er å få kunnskap om hvordan avdelingsledere opplever utfordringer og handlingsmuligheter for å beholde og rekruttere helsepersonell. I denne delen av oppgaven vil funnene ses i lys av teori og tidligere forskning, som danner grunnlaget for drøftingen. Drøftingen vil dermed besvare oppgavens problemstilling: «Hvilke utfordringer og muligheter opplever avdelingsledere i kommunal sektor med å beholde og rekruttere helsepersonell?». Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg valgt å dele diskusjonen inn i tre diskusjonsmomenter: 1) *betydningen av å investere i ansatte*, 2) *arbeidsfordeling og samhandling på tvers av nivå kan gjøre det attraktivt* og 3) *betydningen av helsesektorens omdømme for å beholde og rekruttere helsepersonell*. Jeg vil være forholdsvis uavhengig av de avskilte temaene jeg har delt funnene inn i, da jeg opplever at datamaterialet må ses i sammenheng med hverandre for å kunne besvare oppgaven. Jeg vil dermed hente ut ulikt datamaterialet fra flere steder i drøftingen av disse tre temaene. Det er derfor muligheter for at det oppstår gjentakelser, men dette bidrar kun til å belyse hvordan funnen påvirkes av hverandre. Det første diskusjonsmomentet vil diskutere betydningen av å investere i ansatte og hvordan leders prioriteringer påvirker hvor attraktivt det er å arbeide i helse. Jeg har valgt å diskutere «investering» i et bredt perspektiv og inkluderer leders rolle, kompetanseutvikling og økonomiske prioriteringer. I det andre diskusjonsmomentet vil jeg diskutere endring i oppgavefordeling som et potensial for å beholde og rekruttere helsepersonell. Her presenteres samarbeid mellom kollegaer og ledelsen, frivillige og pårørende, samt velferdsteknologi som en mulighet. Til slutt vil det siste diskusjonsmomentet diskutere betydningen av omdømmet for rekruttering på sikt, der ansattes og media trekkes frem som drivkrefter og barrierer.

5.1 Betydningen av å investere i ansatte

Funnene mine fremhever betydningen av å investere i ansatte for å kunne rekruttere og beholde helsepersonell i tjenestene. For å kunne forstå hva som påvirker hvor attraktivt det er å jobbe i kommunal helsesektor vil det være relevant å se til helsepersonell sin nærmeste leder. Med andre ord avdelingsledere. Deltakerne i denne studien presenterer leders investering i ansatte som en viktig strategi for å beholde og rekruttere helsepersonell. Dette kan også knyttes til tidligere forskning (f.eks. Berge & Eilertsen, 2020; Løvik et al., 2023). For å illustrere funnene vil leders prioriteringer trekkes frem med fokus på leders rolle, kompetanseutvikling og budsjett som måter lederne velger å investere i ansatte.

5.1.1 Leders rolle har betydning for ansatte

Deltakerne presenterer viktigheten av ledes tilgjengelighet og åpen dialog som viktig for å forebygge sykefravær slik at ansatte ikke blir borte fra jobb. Tilgjengelighet og nærhet oppleves også som å ha betydning for lederen, fordi de vil kunne «se» hva som foregår på avdelingen, som gjør at ledelsen kan gripe inn ved behov. Dette kan ses i sammenheng med relasjonsorientert tilnærming som fremhever at dersom ledere har fokus på gode relasjoner og tilgjengelighet vil det føre til jobbtilfredshet blant de ansatte (Cummings et al. 2018, s. 19). Relasjonen vil også kunne bidra til tilfredsstillelse av behovet for tilhørighet, som bidrar til indre motivasjon (Ryan & Deci, 2020, s. 1). Tidligere funn viser også til en sammenheng mellom opplevelsen av belastning og begrenset støtte fra ledelsen som en av grunnene til at helsepersonell ønsker å slutte og høy turnover (f.eks. Berge & Eilertsen, 2020; Nei et al., 2015). En studie av Hayward et al. (2016, s. 6) fant også at begrenset støtte fra ledere bidro til redusert opplevelse av kommunikasjon, fagligsamarbeid og kvalitet på tjenesten. Det er derfor grunn til å anta

at leders aktive rolle på avdelingen påvirker helsepersonellet sitt ønske om å bli på avdelingen. Jeg vil derfor argumentere for ledelsens investering i ansatte som å ha en positiv effekt på å beholde og rekruttere helsepersonell. Jeg vil imidlertid poengtere at etablering av gode relasjoner forutsetter at lederne er bevisst sin tilnærming og at de fire kvalitetene nevnt av Fikse (2020, s. 77) er til stede for å skape god kommunikasjon og samhandlingsprosesser.

En utfordring med en slik tilnærming viser funnene til en krevende prioritering mellom det å være tilgjengelige og utføre administrerende oppgaver. På den ene siden vil det å være tilgjengelig bidra til å styrke personalets faglige utvikling og motivasjon, samt forebygge sykefravær. På den andre siden opplevde avdelingslederne at det å være tett på ansatte var krevende for dem, da det tok dem vekk fra eget arbeid og drift. Her blir dermed prioriteringen et spørsmål om fravær av ledelse i form av organisering og gjennomføring av drift, som turnus, budsjett og oppfølging av tiltak. Dersom det er fravær av ledelse kan tenkes å ha en negativ effekt på arbeidsmiljøet og kvalitet i tjenesten, da ansatte ikke får utført sine egne arbeidsoppgaver godt nok (Gautun et al., 2016, s. 10). Jeg vil derfor argumentere for at ledere må ta tid til å utøve lederskap for å kunne tilrettelegge for godt lederskap.

Et annet punkt jeg også vil fremheve er knyttet til leders investering i ansatte, er tilrettelegging av et godt arbeidsmiljø. Ifølge Edmondson (2012, s. 118) har leder ansvar for å utarbeide et godt arbeidsmiljø. Arbeidsmiljøet anser deltakerne som en viktig forutsetning for å forebygge fravær og øke trivsel, noe som kan bidra til å beholde og rekruttere ansatte. Eksempelvis presenterer deltakerne tiltak som sosiale sammenkomster for å investere i arbeidsmiljøet. Ledernes tilnærming til de ansatte vil derfor ha betydning for hvordan arbeidsmiljøet utvikler seg. Ansatte må føle seg verdsatt, noe som kan argumenteres for å bidra til indre motivasjon. Deltakerne bekrefter at det å jobbe aktivt med arbeidsmiljøet er viktig for at ansatte opplever trygghet og stabilitet i personal gruppen. I lys av relasjonsorientert ledelse vil det være essensielt å utvikle et godt samarbeid og tillit på arbeidsplassen, slik at medarbeider skal kunne føle seg støttet og ivaretatt (Cummings et al., 2018, s. 19; Hersted, 2016, s. 20). Dersom ansatte ikke opplever et godt arbeidsmiljø vil dette undergrave ytelse og redusere potensiale hos medarbeidere (Clark, 2020, s. 8). Jeg vil derfor argumentere for at leders tilrettelegging av godt arbeidsmiljø vil være viktig for ansattes trivsel som påvirker hvor attraktiv arbeidsplassen er. Imidlertid opplever noen av deltakerne arbeidsmiljøet som en utgift, da de mener at pengene må gå til å ha nok bemanning. Det kan derfor tolkes som at disse avdelingene opplever høyt sykefravær på avdelingen. I undersøkelsen gjort av Gautun et al. (2016) var det en sterk sammenheng mellom dårlig arbeidsmiljø og fravær. Leders investering i arbeidsmiljø vil jeg derfor argumentere for å ha stor betydning for å beholde og rekruttere helsepersonell.

5.1.2 Leders fokus på kompetanseutvikling for å rekruttere og beholde ansatte

En annen måte funnene fremhever betydningen av investering i ansatte er gjennom kompetanseutvikling. I tråd med leders rolle på arbeidsplassen, er det viktig at ledere forstår hva slags kompetansebehov avdelingen har (Olsen, 2016, s. 241). Faglig kompetanse er noe funnene vises som en mangel, særlig sykepleierkompetanse fremheves som den vanskeligste faggruppen å rekruttere. Dette støttes også av andre funn (f.eks. Gautun, 2020; Gautun et al., 2016). I undersøkelsen av Gautun (2021, s. 154) vises det som en sammenheng mellom bemanningsutfordringer og dårlig tjenestekvalitet, der mangel på kvalifisert personell fører til flere feil blant personalet, høye utgifter, vikarer og i verstefall pasientdød. For lav bemanning og lite kompetent bemanning vil dermed kunne skape opplevelse av tidspress, som igjen kan gå utover

faglige forsvarligheten på tjenesten (Gautun et al., 2016, s. 15). Dersom helsepersonell ikke får faglig utvikling, vil det dermed tenkes å være lite tiltrekkende og motiverende å jobbe i kommunal helsesektor. Dette kan også ses i tråd med tidligere forskning som viser til at mangel på kompetansehevende tiltak og utviklingsmuligheter som en av grunne til at sykepleiere slutter (f.eks. Gautun et al., 2016; Løvik et al., 2023). Kompetanseheving kan dermed anses som en sentral strategi i møte med å beholde og rekruttere helsepersonell.

Deltakerne presenterer internundervisning og kurs som kompetansehevende tiltak. Fordelen med internundervisning og kurs vil være at avdelingen får økt sitt kompetansebehov på avdeling og ansatte får faglig påfyll, noe de mener motiverer ansatte (Gautun, 2016, s. 68). De opplever at sykehuset bruker mye av sine ressurser på fagdager og for å kunne være konkurransedyktig vil det å sette inn slike tiltak kunne bidra til å tiltrekke seg fagutdannede og beholde ansatte. Samtidig gir deltakerne inntrykk av at de økonomiske rammene som begrensninger for slike tiltak. De forsøkte likevel å se på det positive, da økt kompetanse vil gagne enheten på sikt og derfor være verdt investeringen.

Ut ifra at pasientene som kommer på sykehjem har flere komplekse sykdomsbilder og begrenset bemanning vil det være viktig å ha god fagdekning (Gautun, 2020, s. 60). Deltakerne fremhever at ved å spisse ansattes kompetanse gjennom kompetanseheving kan medarbeidere enklere få større innsikt i egne arbeidsoppgaver, noe deltakerne opplever at styrker helsepersonell sin motivasjon på arbeidsplassen. Dette kan ses i sammenheng med selvbestemmelsesteorien som viser at opplevelse av mestring og autonomi vil bidra til å styrke ansattes indre motivasjon på arbeidsplassen som igjen er viktig for jobbtillfredshet og presentasjon (Gagné & Deci, 2005, s. 353). Jeg vil dermed argumentere for at dersom ansatte opplever å kunne ha større forståelse og kunnskap om ulike arbeidsoppgaver kan dette bidra å gjøre arbeidsplassen mer attraktiv. Det vil derfor ikke være feil å tenke at spissing av kompetanse kan bidra til å beholde og rekruttere helsepersonell.

Videre poengterer deltakerne at i fremtiden vil vi være avhengig av alle profesjoners kompetanse og det er derfor viktig at helsepersonell jobber sammen for å bidra til å styrke hverandres kompetanse. Funnene viser dermed kompetanseheving gjennom interne ressurser som betydningsfullt, der de legger vekt på medarbeideres læring gjennom deling av kompetanse. Samtidig opplever deltakerne at ikke alle ansatte deler informasjon de har lært med andre og legger derfor vekt på at det må settes krav om forventninger til ansatte som drar på kurs. Kulturen i arbeidsgruppen er dermed viktig for læring, slik at medarbeidere føler seg trygg til å dele kunnskap (Lai, 2021, s. 113). Dette kan ses i sammenheng med leders etablering av psykologisk trygghet og vil anses som essensielt for å fremme team læring og samarbeid (Edmondson, 2012, s. 138). Etablering av psykologisk trygghet kan også ses i sammenheng med å redusere profesjonskiller (Nemhard & Edmondson, 2006, s. 944), som er viktig for at helsepersonell fra ulike profesjoner skal kunne jobbe godt sammen. Det vil derfor argumenteres for at dersom ansatte føler seg trygg til dele meninger, kunnskap og gi tilbakemeldinger til hverandre, vil dette kunne bidra til å tilfredstille de grunnleggende behov for relasjon, kompetanse og autonomi. Dette vil igjen vil kunne bidra til å styrke ansattes indre motivasjon, jobbtillfredsstillelse og jobbprestasjon (Gagné & Deci, 2005; Kuvaas et al., 2017). Jeg vil derfor argumentere for at deling av kompetanse gjennom samspill vil dermed kunne bidra til å både beholde og rekruttere ansatte, og kan ses i lys av tidligere forskning som viser til kollegafelleskap og et godt fagmiljø som attraktivt (f.eks. Hayward et al., 2016; Nei et al., 2015; Rasmussen & Kjevick-Wycherley, 2019). I tillegg vil jeg også argumenter for at deling av kompetanse vil kunne skape mindre

belastning på resterende personell, da de opplever å kunne takle utfordringer sammen. Opplevelsen av mindre belastning kan dermed tenkes å kunne forebygge sykefravær og gjøre at medarbeidere kommer på jobb.

5.1.3 Balansen mellom høyere lønn og prioriteringer av budsjettet

En annen måte deltakerne opplever å investere i ansatte kan ses i relasjon til ekstern belønning. Funnet legger vekt på betydningen av konkurransedyktig lønn for å tiltrekke og beholde helsepersonell. Deltakerne peker på at dersom helsepersonell får «belønning for strevet» gjennom tilfredsstillende lønn vil det være mer attraktivt å komme på jobb. Mange helsepersonell opplever store arbeidsbelastninger og påkjenninger, og dersom lønnen er for lav vil det derfor oppleves som uattraktivt å arbeide på en så krevende arbeidsplass (Gautun, 2020, s. 61). Lønn kan dermed forstås som en form for anerkjennelse for arbeidet og som en sentral måte å investere i ansatte. Dette kan også ses i sammenheng med selvbestemmelsesteorien, om at kjedelige eller belastende arbeidsoppgaver vil kreve ytre motivasjon (Gagné & Deci, 2005, s. 352). Forskning viser i midlertidig at helsepersonell ofte i større grad er motivert av indre motivasjon for arbeidet (Toode et al., 2015, s. 253). Altså at helsepersonell har en iboende interesse for jobben sin. Samtidig vises lønn som en sentral belønning for ansatte på arbeidsplassen (Ryan & Deci, 2000a, s. 72). Gautun et al. (2016, s. 11) viste i sin undersøkelse at god lønn var en sentral faktor for sykepleiere å arbeide på sitt nåværende arbeidssted. Mens Wang et al. (2019) fant at lønnstilfredshet bidro til at sykepleiere opplevde jobbtildfredshet, noe som er spesielt viktig for arbeidsinnsats og jobbprestasjon på arbeidsplassen. Å kunne tilby konkurransedyktig lønn vil jeg derfor argumentere som å være et positivt virkemiddel for å tiltrekke helsepersonell.

Det å tilby lønnsnivå som tilfredsstillende vises likevel som vanskelig grunnet et stramt økonomisk budsjett og kan ses i sammenheng med følelse av lite autonomi på arbeidsplassen. Deltakerne beskriver det som vanskelig å kunne friste med høyere lønn, da budsjettet er begrenset og avdelingene har høyt sykefravær. Mye av budsjettet forsvinner derfor i utgifter knyttet til personalet og sykefravær, noe som igjen gjør det vanskelig å kunne tilby høyere lønn. Ifølge Gautun (2020, s. 31) er stramme økonomiske rammer med på å begrense hvor mange sykepleiere og helsearbeidere som blir ansatt i tjenesten, der konsekvensen ble at tjenesten hadde vanskeligheter med å ha nok personell på jobb ved fravær. Deltakerne presenterer dermed et behov for å øke budsjettet i helse- og omsorgstjenesten. Dersom ikke budsjettet blir økt, vil det kunne bli vanskeligere å rekruttere helsepersonell i fremtiden. Samtidig vises denne løsningen som utfordrende, da det allerede forventes redusert statsbudsjett i fremtiden grunnet økonomiske nedganger (NOU2023: 4, s. 13; Rambøll & Menon, 2022, s. 15).

5.2 Arbeidsfordeling og samhandling på tvers av nivå kan gjøre det attraktivt

En sentral fremgangsmåte for å gjøre kommunal helsesektor attraktivt i fremtiden fremhever funnene et behov for en gradvis endring av struktur og organisering av arbeidsfordeling. Deltakerne beskriver at en endring i arbeidsfordeling vil kunne bidra til mindre belastende arbeid for helsepersonell og poengterer at helsepersonell må få tid til å kunne utføre arbeidsoppgaver som tilrettelegger for forsvarlig og motiverende arbeid. I en rapport av Bratt og Gautun (2018) avdekket de at sykepleiere i kommunale helsetjenester opplever en økt arbeidsmengde og mindre tid til pasient pleie. Ifølge Toode et al. (2015, s. 253) er helsepersonell i større grad indre motivert til å utføre arbeidet sitt, som betyr at de er motivert til å utføre arbeidet sitt basert på en indre glede eller interesse. Det vil derfor ikke være feil å anta at den økte arbeidsmengden og redusert tid pasienten vil redusere helsepersonell sin opplevelse av indre motivasjon, som

igjen gjør det mindre attraktivt å jobbe i kommunal helsesektor. Dette står også i tråd med Gautun et al. (2016) som viser i sin undersøkelse at sykepleiere ønsker å slutte grunnet opplevelsen av å jobbe med flere eller andre arbeidsoppgaver enn forventet, som igjen fører til opplevelsen av mindre autonomi og økt belastning. Arbeidsoppgaver som ikke reflekterer helsepersonell sin autonomi og kompetanse, vil dermed argumenteres for å gjøre det mindre interessant å arbeide i sykehjem på sikt.

For å kunne tilrettelegge for nye arbeidsfordelinger trekker deltakerne frem samhandling på tvers av ansatte, pårørende, frivillige og teknologi. For å bidra til tilrettelegging av samarbeid vises spesielt leder som viktig, og jeg vil derfor inkludere elementer fra 5.1 for å kunne diskutere hvordan ulike handlingsmuligheter krever relasjoner og tillit for utvikling og endring av oppgavefordeling.

5.2.1 Spissing av arbeidsoppgaver og tverrfaglighet

For å redusere arbeidsbelastningen og tidspresset presenterer funnene spissing av oppgaver som et handlingsalternativ, noe de mener vil bidra til å utnytte eksisterende tilgjengelig kompetanse og personellressurser på en mer effektiv måte. Dette kan også bidra til å skape rolleklarhet mellom yrkesgruppene og øke kvaliteten av tjenesten, ved at ressurser blir bedre fordelt (Løvik et al., 2023, s. 10). Ifølge Rambøll og Menon (2022, s. 42) må det bli bedre utnyttelse og fordeling av arbeidsoppgaver mellom yrkesgrupper, for å øke produktiviteten og kapasiteten til den eksisterende arbeidskraften. Flere av deltakerne beskriver spissing av oppgaver, eksempelvis «sykepleier på topp», som en måte for profesjonene til å fordele arbeidsoppgaver rettet mot helsepersonell sin formelle kompetanse. Forskning viser at helsepersonell verdsetter arbeidsoppgaver som tilsvarer deres kvalifikasjoner og vurderer om de vil fortsette i jobben dersom de utfører oppgaver som gjør at de føler under- eller overkvalifisert til å gjøre (Gautun, 2021; Løvik et al., 2023; Watts, 2022). Avdelingslederne innrømmer at sykepleiere i sykehjem ofte må utføre arbeidsoppgaver som de er overkvalifisert til, som tømning av søppel og vasking av klær. Sett ut ifra teori om kompetansomobilisering vil ansatte som ikke opplever å få bruke relevant kompetanse oppleve å bli demotivert som bidrar til å redusere jobbtilfredshet og øke risikoen for turnoverintensjon (Lai, 2021, s. 153). Å ha arbeidsoppgaver som reflekterer deres gitte kompetanse vil derfor tenkes å bidra til opplevelse av mestring (Bandura, 1986, s. 127), som fører til økt opplevelse av autonomi (Ryan & Deci, 2000b, s. 232). Spissing av oppgaver kan dermed tenkes å bidra til å kunne tilfredstille flere av de grunnleggende behovene og gi økt indre motivasjon, som igjen påvirker trivsel og ytelse på arbeidsplassen (Gangé & Deci, 2005; Kuvaas et al., 2017; Toode et al., 2015). Det kan derfor argumenteres for at en slik arbeidsfordeling vil gjøre det mer attraktivt å arbeide i kommunal helsesektor og bidra til å rekruttere og beholde helsepersonell.

Imidlertid for å skape en vellykket implementering av nye arbeidsoppgaver vil et godt psykologisk arbeidsmiljø anses som grunnleggende for at arbeidsstaben skal kunne ha et godt faglig samarbeid. Det å ha tillit til hverandre og kunne spørre hverandre om råd og dele kunnskap vil kunne bidra til et mer effektivt samarbeid og tjenesteproduksjon (Edmondson & Harvey, 2020, s. 130). Dette kan også ses i tråd med tidligere funn som viser til kollegafelleskap som en viktig motivasjonsfaktor for å beholde og rekruttere helsepersonell (f.eks. Berge & Eilertsen, 2020; Hayward et al., 2016; Nei et al., 2015). Som nevnt tidligere, anses leder som sentral for å fremme psykologisk trygghet for et godt tverrfaglig samarbeid (Edmondson, 2012, s. 146). En forutsetning for dette, er at leder evner å inkludere og støtte ansatte. Dersom ikke sykepleiere eller helsefagarbeideren føler de har tillit til hverandre, både med tanke på sine profesjonsgrupper, men også på tvers av arbeidsrollene vil implementering av nye

oppgavefordeling være vanskelig (Clark, 2020, s. 8). Eksempelvis om ikke sykepleierne deler kompetanse innad i sin arbeidsgruppe blir det vanskelig å utføre god kvalitet på arbeidet, da de ikke tørr å innrømme feil eller gi hverandre tilbakemeldinger. Styrking av kollegafelleskap er derfor viktig for å kunne iverksette en ny oppgavefordeling mellom helsepersonell, samt skaper potensialet for samskaping. Kollegafelleskap og teamlæring kan også ses i sammenheng med motivasjon, trivsel og gruppepresentasjon på arbeidsplassen (Edmondson, 2012, s.145-6). Det vil derfor ikke være feil å anta at spissing av arbeidsoppgaver vil kunne være en sentral mulighet for å rekruttere og beholde helsepersonell.

5.2.2 Betydning av samskaping for å rekruttere og beholde helsepersonell

Funnene mine fremhever betydningen av støttepersoner som et potensial for endring av oppgavefordeling. Deltakerne beskriver at ulike arbeidsoppgaver som livskvalitet, aktiviteter, vasking, lage mat til pasientene og reise med pasienter til ulike ærend, bør overlates til andre enn helsepersonell. Med andre ord bruker helsepersonell i dag mye tid på andre oppgaver enn direkte pasientarbeid, som igjen bidrar til opplevelse av økt press og belastning hos helsepersonell (Bratt & Gautun, 2018, s. 1079). Ifølge Gautun (2020, s. 33) er dårlig organisering av tjenestene med på å påvirke avvik og dårlig kvalitet på tjenesten. Med utgangspunkt i samskaping vil et samarbeid mellom befolkningen og profesjonelle aktører kunne være med på å utvikle offentlig tjenesteyting (Røiseland & Lo, 2019, s. 54). Samskaping kan dermed være en positiv tilnærming for å skape innovasjon og dele kunnskap for å bedre helsetjenestene. Gjennom et samarbeid med både pårørende og frivillige vil slike mennesker kunne skape et potensial for å bringe frem nye måter å jobbe på, men også kunne ta over nåværende oppgaver (Torfing et al., 2019, s. 801). Særlig pårørende vises som sentrale ressurser for å utvikle nye arbeidsfordelinger og løsninger, da de ofte vil sitte på verdifull kunnskap om hva brukere mangler og trenger. Slik kunnskap kan dermed lede til innovasjon av mer brukerorienterte og effektive løsninger. Det kan derfor argumenteres for at samarbeidet mellom befolkningen og offentlig sektor/ helsepersonell kan være et positivt potensial for å redusere antall arbeidsoppgaver for helsepersonell og skape positive relasjoner (Eimhjellen & Loga, 2017, s. 13). Mindre opplevelse av arbeidsbelastning, gode relasjoner og samarbeid vil dermed kunne tenkes å gjøre det mer attraktivt å arbeide i kommunal helsesektor, samt bidra til å kunne beholde og rekruttere helsepersonell.

På den andre siden, for å kunne iverksette slik integrering av utenforstående inn i helsetjenester må dette gjøres på en systematisk måte. Praktiske utfordringer kan tenkes å være knyttet til hvem som skal ha ansvar for samarbeidet. Er det leder eller ansatte? Det er grunn til å anta at leder vil ha hovedsvaret, men ansatte blir ofte de som jobber tettest med dem, om eksterne bidrar på «gulvet». En fordel vil være at frivillige bidrar til å redusere antall arbeidsoppgaver, mens en ulempe kan være at samarbeidet oppleves som belastende, eksempelvis om helsepersonell må bistå i opplæring. Med tanke på frivillige som eventuelt overtar eller bidrar til å utarbeide nye oppgaver opp mot pasienten er det også viktig tenke på at arbeidet skal ytes forsvarlig. For å få til gode samskappingsprosjekter poengterer Eimhjellen og Loga (2017, s. 30) at ansatte måtte ha en positive holdninger til samarbeidet. Som Lilli sier «Ja, så det er jo litt sånn tenk sånn alternative folk inn og ikke være redd for at andre fra gata, for å si det sånn, kan komme inn her å gjøre andre oppgaver». Utdraget kan tyde på en positiv holdning til å innhente ny kompetanse fra innbyggerne for å kunne bedre dagens arbeidssituasjon, men dette må også implementeres hos førstelinjen av ansatte for at samskaping skal være mulig. Her vil spesielt forventninger til samarbeidet være viktig for at samskapingen skal fungere (Eimhjellen & Loga, 2017, s. 34). Samtidig vil jeg argumentere potensialet for

samskaping på sikt vil kunne være en effektiv og bærekraftig løsning som vil kunne gjøre at kommunal helsesektor oppleves som mer attraktivt.

5.2.3 Teknologisk samhandling

Velferdsteknologi beskrives i funnene som en sentral løsning i fremtiden for å redusere arbeidsbelastning og bedre samhandling mellom bruker, ansatte og på tvers av sektoren. Eksempelvis beskrives helseplattformen som en måte å skape bedre informasjonsflyt mellom primær og sekundær helsetjenestene. Sett ut ifra et samskappingsperspektiv kan teknologi forstås som et utgangspunkt for endring av praksis (Heimburg & Hofstad, 2019, s. 7). Med tanke på utforming av teknologi vil det kunne være et potensial for å inkludere både bruker, helsepersonell, pårørende og andre relevante aktører for å se etter nye måter å arbeide på gjennom teknologi. Støstad (2015, s. 148) poengterer at teknologi åpner opp for muligheten til å øke kapasiteten, produktiviteten og kvaliteten på tjenestene. Deltakerne beskriver blant annet overvåkning av pasienter og sensorer som teknologiske hjelpemidler for effektivisering av arbeidsoppgaver og nye måter å arbeide på, samt heve kvaliteten i tjenesten. Her vil teknologi dermed kunne gi helsepersonell vil kunne få mer tid til sine arbeidsoppgaver og pasientbehandling. Jeg vil derfor argumentere at dersom ansatte får mer tid til å gjøre færre arbeidsoppgaver vil dette skape en opplevelse av autonomi, som er viktig for indre motivasjon og påvirker trivsel og presentasjon på arbeidsplassen (Gagné & Deci, 2005, s. 353). Bruk av teknologi kan dermed tenkes å gjøre det mer attraktivt i kommunal helsesektor. Samtidig beskriver deltakerne at flere av helsepersonellet kan oppleve det som krevende å lære ny teknologi, noe som kan føre til opplevelse av dobbeltarbeid. Støstad (2015, s. 148) argumenter for at det må være positive holdninger til teknologi for at den skal kunne ha bedre og mer effektiv produksjonsprosess og implementering i helsetjenestene. Jeg vil derfor argumentere for potensialet for teknologi, men at det vil være svært avhengig av effektiv implementering, aksept av teknologien og bruk, for å si i hvilken grad det vil motivere ansatte til å bli (Rambøll & Menon, 2022, s. 47).

5.3 Betydningen av helsesektorens omdømme for å beholde og rekruttere helsepersonell

Funnene fremhever betydningen av helsesektorens omdømme for å beholde og rekruttere helsepersonell. Deltakerne opplever at omdømmet har stor påvirkning på hvor attraktivt det er å arbeide i kommunal helsesektor. Dette står i tråd med tidligere forskning (f.eks. Berge & Eilertsen, 2020; Rasmussen & Kjevik-Wycherley, 2019). Iversen (2020, s. 14) fremmer at for å rekruttere og beholde kvalifiserte og kompetente personell vil sykehjemmet være avhengige å fremme sitt eget rykte som en attraktiv arbeidsplass. I en undersøkelse gjort av Norske Sykepleierforbundet viste funnene at det var kun 2 av 10 sykepleierstudenter som ønsket å arbeide i kommunal helsetjeneste (Gautun, 2021, s. 22). Undersøkelsen kan dermed indikere at studentene opplever sykehjem som en uattraktiv arbeidsplass og gjør at sykehjem mister potensielle kandidater. Dette bekreftes også av deltakerne som opplever at sykehjem har fått et dårlig rykte grunnet belastningene og mangel på personell. Jeg vil derfor argumentere for at et godt rykte om arbeidsplassen vil være med på å beholde og rekruttere helsepersonell. For å tilrettelegge for et godt rykte presenterer deltakerne samarbeidet mellom personalet, studenter og media som muligheter. Jeg vil derfor inkludere elementer fra både 5.1 og 5.2 for å kunne diskutere omdømmets betydning.

5.3.1 Opplevelsene av arbeidsplassen har betydning for omdømmet

Deltakerne legger vekt på å skape et godt omdømme for å kunne tiltrekke seg nye kandidater, spesielt i møte med den nye generasjonen. Studenter presenteres som

potensielle kollegaer og det må derfor tilrettelegges slik at de får en positiv opplevelse i praksisperioden sin, noe deltakerne tror vil kunne ha større ringvirkninger på sikt. Berge & Eilertsen (2020) fant i sin studie at omdømmet spres fort blant studentene. Deltakerne legger dermed vekt på løsningen om at arbeidsplassen må fremstilles som inkluderende og faglig utfordrende slik at det oppleves som attraktivt for studentene. Dette står også i tråd med forskning som viser til at arbeidsmiljø og faglig utvikling er attraktivt for helsepersonell (f.eks. Gautun et al., 2016; Hayward et al., 2016). Jeg vil derfor argumentere for at tilrettelegging av slike arbeidsforhold vil bidra til å gjøre arbeidsplassen attraktiv og utvikle et godt omdømme. Deltakerne ser dermed for seg ansatte som viktige bidragsytere for å kunne styrke et positivt omdømme gjennom fremsnakk av yrket. Det kan dermed tenkes at fremsnakk kan bidra til positive holdninger knyttet til det arbeidet helsevesenet gjør for å tiltrekke seg arbeidssøkere. Samtidig krever en slik løsning at ansatte faktisk opplever arbeidsplassen som attraktiv.

I en studie gjort av Bratt og Gautun (2018, s. 1079) viser funnene en sammenheng mellom opplevelsen av dårlige arbeidsforhold og turnover hos helsepersonell. Det vil derfor ikke være feil å anta at uønskede forhold på arbeidsplassen vil redusere ansattes opplevelse av jobbtilfredshet og motivasjon til å bli. Dersom ansatte slutter vil dette også kunne føre til en selvforsterkende effekt. Grunner til at personell slutter vil jeg argumenter for at kan ses i sammenheng med et dårlig rykte og bemanningsutfordringer. Dette støttes også av tidligere forskning (f.eks. Berge & Eilertsen, 2020; Nei et al., 2015; Rasmussen & Kjevik-Wyherley, 2019). Det kan derfor tenkes at å etablere et godt rykte om arbeidsmiljø vil være viktig for å kunne tiltrekke seg potensielle kandidater, da det signaliserer at ansatte trives. Dette bekreftes også i funnene mine som fremhever at gode rykter om arbeidsplassen fra andre ansatte var en grunn til at kandidater søkte gitte arbeidsplasser. Dette kan ses i sammenheng med en undersøkelse gjort av Gautun et al. (2016) som fant de at et godt rykte om arbeidsmiljøet hadde stor betydning for sykepleiers valg om å arbeide på sin nåværende arbeidsplass. Dette støttes også av Gautun (2020, s. 23) som viser at sykepleierstudenter oppgav arbeidsmiljø som den viktigste faktoren for valg av arbeidsplass. Betydningen av sykehjems arbeidsforhold kan dermed argumenters for å ikke bare påvirke ansattes jobbtilfredshet, men også organisasjonenes omdømme og rekruttering.

5.3.2 Media og forebygging av negativ effekt på omdømmet

Deltakerne fremhever mediedekning som ha en negativ effekt på ryktet i kommunal helsesektor. Som tidligere nevnt, rapporter media om blant annet få kvalifiserte søkere og sprengt kapasitet i helsesektoren (f.eks. Larsen, 2022; Rosenlund-Hauglid, 2023). I en nyhetsartikkel skrevet av Madshus (2023), forteller hun om sin egen opplevelse som tidligere sykepleier, der hun beskriver om uforsvarlige arbeidsforhold og pasient behandling gjort ved sykehjemmet hun selv jobbet på. Reportasjene viser dermed til vanskelig arbeidsforhold og tidspress. Jeg vil derfor argumentere for at slike reportasjer bidrar til et negativt skifte i forventninger til sykehjemstjenester og negativ påvirkning på rykte om kommunale helsetjenester (Bjaalid & Mikkelsen, 2016, s. 134). Eksempelvis kan en konsekvens være at pårørende, pasienter og ansatte mister tillit til tjenesten, da de blir usikre på hva de skal forvente av kvalitet. Spesielt med tanke på ansatte kan også medias fremstillinger kunne skape større ringvirkninger, der ansatte får negative holdninger til sitt eget yrke og føle at det er uattraktivt å fortsette. Deltakerne opplever selv at reportasjene bidrar til å skade yrkesstoltheten og ansattes motivasjon. Jeg vil derfor argumenterer at media bidrar til å kunne skremme vekk ansatte og potensielle kandidater, som forsterker den allerede mangel som førte til det negative

omdømmet i utgangspunktet. Det vil derfor ikke være feil å anta at media bidrar til å skape en negativ diskurs om kommunale helsetjenester.

For å kunne forebygge negative effekter av reportasjene fremhever deltakerne at det er viktig å jobbe aktivt inn mot hvordan å håndtere situasjonene. Deltakerne beskriver at de bruker tid på å snakke om ulike reportasjer som kommer ut, noe som bidrar til å kunne løfte frem problemer og dele utfordringer. Dette kan ses i relasjon til relasjonsorientert ledelse og psykologisk trygghet, der ledere bruker dialog til å styrke relasjonen og fremme tillit til å utrykke seg (Cunliffe & Eriksen, 2011, s. 1433; Cummings et al., 2018, s. 19). Deltakerne sine bevisste tilnærming kan dermed tenkes å tilrettelegge for et godt psykologisk arbeidsmiljø (Edmondson & Harvey, 2020, s. 130). Jeg vil derfor argumentere for at leders bruk av dialog vil bidra til å styrke ansatte jobbtillfredshet og indre motivasjon. Videre presenterer deltakerne også et ønske om at media kan spille på lag med å fremme positive saker. Gjennom å bruke media som en lagspiller mener avdelingslederen at de kan presentere det positive med å arbeide i kommunal helsesektor, eksempelvis at arbeidsplassen er spennende og utfordrende. Dette mener de vil kunne ha en positiv effekt og styrke omdømmet. Samtidig oppleves det å bruke media som vanskelig grunnet at media har lite insentiv for slike saker, noe de mener er uheldig. Samspillet mellom dårlig omdømmet i kommunal helsesektor og medias påvirkning vil jeg likevel argumentere for som å ha en liten effekt i det lange løp, da oppfatningen av helsesektoren bunner i arbeidsplassens problemer med kvalitet, belastende arbeidsforhold og allerede bemanningsutfordringer. Det vil derfor være mer produktivt og strategisk for ledelsen å arbeide med hvordan personellet skal forholde seg til reportasjene for å støtte dem i en vanskelig arbeidshverdag.

6.0 Avslutning

I dette kapittelet vil jeg først presentere en kort oppsummering av masteroppgaven, før jeg går videre til å beskrive oppgavens praktiske implikasjoner og forslag til fremtidig forskning. Deretter vil jeg beskrive oppgavens styrker og begrensninger, samt avsluttende refleksjoner.

6.1 Oppsummering

Deltakerne i denne studien bidrar til å besvare oppgavens problemstilling; «*Hvilke utfordringer og muligheter opplever avdelingsledere i kommunal helsesektor med å beholde og rekruttere helsepersonell?*». Deltakernes erfaringer har gitt innsikt i en krevende arbeidshverdag, stramme økonomiske rammer, vanskelige prioriteringer og kompetansebehov. Samtidig har avdelingsledere også gitt konkrete handlinger og refleksjoner om handlingsmuligheter som kan bidra til å gjøre det mer attraktivt å jobbe i kommunal helsesektor.

Ut fra handlingsrom for å tiltrekke og rekruttere helsepersonell presenterer deltakerne betydningen av lederstilnærming og tilrettelegging av et godt psykologisk arbeidsmiljø som viktig for å kunne støtte og motivere ansatte. Særlig er et godt psykologisk arbeidsmiljø viktig for tverrfaglig samarbeid og faglig utvikling, som deltakerne mener vil bidra til å gjøre kommunal helse mer attraktivt. Deltakerne løfter likevel frem utfordringer om tid og ressurser for lederskap. Med tanke på prioriteringer beskriver deltakerne muligheten for økt budsjettet for å tilrettelegge for lønnsforhøyninger, arbeidsmiljø og kompetanseutvikling som viktig for å beholde og tiltrekke seg helsepersonell. Denne løsningen vises likevel som vanskelig grunnet et stramt budsjett i tråd med politiske bestemmelser. Videre beskrives et skifte i drift og organisering på sykehjemmene som en annen mulighet for å beholde og tiltrekke helsepersonell. Oppgavefordelingen inkluderer ressurser på tvers av ansatte, befolkningen og teknologi med viktigheten av samarbeid og potensial for samskaping. Deltakerne presenterer at det er viktig at medarbeidere har arbeidsoppgaver som reflekterer deres tid og kompetanse, noe som er viktig for motivasjon og trivsel. Samtidig vil det kreve en genuin innsats fra ledere og kommunal helsesektor for at de kan tilrettelegge for en god arbeidsplass, noe som igjen vil kunne bidra til endring i omdømmet. Et godt omdømme vil dermed kunne gjøre det enklere å rekruttere og beholde helsepersonell.

6.2 Praktiske implikasjoner og fremtidig forskning

Studiens kunnskapsbidrag til forskningsfeltet er beskrivelsen av ulike handlingsmuligheter som kommunal helsesektor kan gjøre for å beholde og rekruttere helsepersonell. Studien gir dermed innsikt i hvordan organisasjoner kan tilrettelegge for utvikling i møte med rekrutteringsutfordringer. Denne kunnskapen kan dermed tenkes å være overførbart til andre arbeidsplasser og vil kunne være nyttig for blant annet rådgivere som skal jobbe med organisasjonsutvikling.

Videre bidrar studien til å kunnskap om betydningen av ledelse. Ledere kan forstås som en form for hjelperelasjoner, der leder bidrar til å fasiliterer vekst og utvikling hos ansatte (Kvalsund, 2015, s. 37). Leders støttende ledelsestilnærming vises dermed i studien som en forutsetning for å etablere tillitsfull relasjon med sine medarbeidere for å styrke deres motivasjon, læring og trivsel. Studien gir dermed innsikt i hvordan leders tilnærming påvirker ansattes ønske om å bli på arbeidsplassen og kan være nyttig for å forstå hvordan ledere og rådgivere kan forebygge frafall. Studien gir også kunnskap om viktigheten for fasilitering av et godt arbeidsmiljø og psykologisk trygghet på arbeidsplassen for teamlæring og samarbeid. Slik kunnskap kan dermed

være sentralt for hvordan rådgivere og ledere jobber med det psykologiske arbeidsmiljøet på arbeidsplassen, som igjen er sentralt for tilrettelegging av god gruppedynamikk og organisasjonsutvikling. I tillegg gir studien kunnskap om omdømmets betydning og hvordan ledere og rådgivere bør aktivt jobbe med arbeidsplassens omdømme for å kunne gjøre arbeidsplassen mer attraktiv.

Til slutt bidrar studien med innsikt om kompetansebehov og utvikling i kommunal helsesektor. Det gis dermed innblikk i et behov for flere kandidater som kan være relevant for karriereveiledning om fremtidens karrieremuligheter og kompetansebehov i arbeidsmarkedet.

Denne studien handler om avdelingsledere ved sykehjem sin opplevelse av utfordringer og handlingsmuligheter for å rekruttere og beholde helsepersonell. Samtidig har ikke ledere nødvendigvis samme opplevelse om temaet. Det kunne derfor vært interessant å ha forsket både på andre ledere i kommunal helsesektor eller spesialhelsetjenesten. Det hadde også vært spennende å prøve ut noen av løsningene i praksis for å se hvilken effekt de faktisk har. En mulighet hadde vært å utført observasjonsstudier for å se om løsningene har en effekt i praksis. Videre presenteres lederens rolle som sentral i funnene og videre forskning kunne dermed sett på hvordan leder selv tar grep for å beholde og rekruttere helsepersonell. Longitudinelle studier kunne dermed vært nyttig for å følge ledere over tid, for å få kunnskap om utvikling og erfaringer i arbeidet med å beholde og rekruttere på sykehjem. I tillegg ville det være interessant å kunne se rekruttering av helsepersonell i et bredere perspektiv. Med utgangspunkt i dette ville det vært sentralt å forske på lokale politiske beslutninger for å bedre bemanningsforholdene med spørsmål om innvirkning av politiske reformer og ansattes beslutninger om å bli.

6.3 Styrker og begrensninger

En begrensning som kan ha påvirket kvaliteten av mine funn er knyttet utvalgsstørrelsen. Dataen som ble samlet inn til denne studien representerer kun seks avdelingsledere fra en spesifikk kontekst og kulturell setting, noe som kan gjøre det potensielt vanskelig å overføre deres opplevelser til andre utvalg eller avdelingsledere på sykehjem generelt. Det er imidlertid ikke overførbarheten eller representativt som er hensikten med studiet. Hensikten med dette studiet er å kunne utforske et fenomen som kan gi innsikt i utfordringer og muligheter for å gjøre kommunal helsesektor bærekraftig på sikt med tanke på økt etterspørsel og bemanningsutfordringer av helsepersonell.

Utvalget i studiet reflekterer også et homogent utvalg, noe som kan være en begrensning for funnene. Samtidig vil jeg påpeke at datamateriale fortsatt oppleves som innholdsrikt og som at det går i dybden om fenomenet i fokus.

Et av intervjuene som ble holdt ansikt til ansikt ble gjort som et dobbelt intervju, noe som kan ha bydd på flere begrensninger for studien. Med tanke på valg av deltakere i studien burde jeg vurdert i større grad deltakere fra flere ulike sykehjem slik at denne problemstillingen ikke oppstod. Særlig i henhold til deltakernes anonymitet og konfidensialitet. Intervjusituasjonen bydde også på utfordringer knyttet til det å utføre et uforberedt «dobbelt intervju», noe som stilte krav til mine ferdigheter som forsker og kan ha påvirket datamaterialet (Kvale & Brinkmann (2017, s. 179). Jeg valgte likevel å utføre intervjuet som et konvensjonelt intervju for å gjøre det mest oversiktlig. Deltakerne opplevde også at det å et slikt format ga dem muligheter til å få nye refleksjoner og ideer fra hverandre, som ledet til gode og utfyllende svar fra begge deltakerne.

6.4 Avsluttende refleksjoner

Helsepersonell går en krevende tid i møte, med flere arbeidsoppgaver som krever ny kompetanse og samarbeid. Resultatene er dermed ikke overraskende i et rådgivningsperspektiv som fremhever organisasjonsutvikling med mennesket i sentrum. Som jeg har diskutert, for at en organisasjon skal være attraktiv må ledelsen forstå viktigheten av gode relasjoner for å oppnå samarbeid, læring og innovasjon. Dette vil dermed kunne lede personer og organisasjoner til å bedre utnytte sitt ressurspotensial som må til for at kommunal helsesektoren skal kunne være bærekraftig på sikt.

Selv om temaet å beholde og rekruttere helsepersonell ikke er et nytt, håper jeg likevel at studien kan bidra til å belyse viktigheten av rekrutteringsutfordringer i kommunal helsesektor. Mitt ønske med denne studien var derfor å vekke interesse og forståelse av temaet hos leseren. Gode helsetjenester er noe vi alle trenger i fremtiden. For at helsetjeneste skal ha god kvalitet er vi alle avhengig av tilstrekkelig bemanning og kompetanse.

Referanser

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Berge, H., & Eilertsen, G. (2020). Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem: en kvalitativ studie av avdelingssykepleieres erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16, 21-39. <https://doi.org/10.7557/14.4648>
- Bjaalid, G. & Mikkelsen, A. (2016). Rekruttering, utvelgelse og strategisk bemanningsplanlegging. I A. Mikkelsen & T. Laudal (Red.), *Strategisk HRM 2; HMS, etikk og internasjonale perspektiv* (2. utg., s. 132- 174). Cappelen Damm Akademisk.
- Bratt, C. & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1074-1082. <http://doi.org/10.1111/jonm.12639>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. SAGE Publications Ltd.
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589- 597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., Clarke, V. & Hayfield, N. (2022). A starting point for your journey, not a map': Nikki Hayfield in conversation with Virginia Braun and Victoria Clarke about thematic analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 19(2), 424-445. <https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1670765>
- Clark, T. R. (2020). *The 4 Stages of Psychological Safety: Defining the Path to Inclusion and Innovation*. Berrett-Koehler Publishers.
- Clarke, V., Braun, V. & Hayfield, N. (2015). «Thematic Analysis». I J. A. Smith (Red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (3. utg., s. 222-248). Sage.
- Creswell, J. W. & Miller, D, L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M., & Chatterjee, G. E. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 85, 19- 60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>
- Cunliffe, A. L., & Eriksen, M. (2011). Relational leadership. *Human Relations*, 64(11), 1425-1449. <https://doi.org/10.1177/0018726711418388>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01

- Edmondson, A. C. (2012). *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*. Jossey-Bass Inc.
- Edmondson, A. C & Harvey, J-F. (2020). En ledelsesmodell til ekstrem teaming. I A. C. Edmondson, A.& Harvey, J-F, *Ekstrem teaming: Ledelse på tværs af organisationer* (s. 129- 150). Dansk psykologisk forlag.
- Eimhjellen, I. & Loga, J. (2017). *Nye samarbeidsrelasjoner mellom kommuner og frivillige aktører: Samskaping i nye samarbeidsforhold* (Rapport 2017:9). Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. [HVL Open: Nye samarbeidsrelasjoner mellom kommuner og frivillige aktører: Samskaping i nye samarbeidsforhold? \(unit.no\)](https://hvl.no/nyesamarbeidsrelasjoner-mellom-kommuner-og-frivillige-aktorer-samskaping-i-nye-samarbeidsforhold-unit-no)
- Fikse, C. (2020). Relasjonell kapasitetsbygging for samskaping. I A. Myskja og C. Fikse (Red.), *Perspektiver på livsmestring i skolen* (s. 65-94). Cappelen Damm Akademisk.
- Fikse, C. (2015). Fra selvaktualisering til samaktualisering og samskaping. I R. Kvalsund og C. Fikse (Red.), *Rådgivningsvitenskap, helhetlige rådgivningsprosesser; relasjonsdynamikk, vekst, utvikling og mangfold* (s. 167- 196). Fagbokforlaget.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 331–362. <https://doi.org/10.1002/job.322>
- Gautun, H. (2021). For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. *Søkelyset på arbeidslivet*, 38(2), 142-157. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2021-02-05>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien* (NOVA Rapport 14/20). OsloMet. [NOVA Rapport 14/20 \(oslomet.no\)](https://oslomet.no/nova-rapport-14/20)
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA Rapport 6/16). OsloMet. [Web-utgave-NOVA-Rapport-6-16.pdf \(oslomet.no\)](https://oslomet.no/web-utgave-nova-rapport-6-16.pdf)
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford University Press.
- Hayward, D., Bungay, V., Wolff, A. C., & MacDonald, V. (2016). A qualitative study of experienced nurses' voluntary turnover: learning from their perspectives. *Journal of clinical nursing*, 25(9-10), 1336–1345. <https://doi.org/10.1111/jocn.13210>
- Heimburg, D.V., & Hofstad, H. (2019). *Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre?* (NIBR-RAPPORT 2019:11). By- og regionsforskningsinstituttet. [PDF\) Samskaping som samarbeids-og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre? \(researchgate.net\)](https://www.researchgate.net/publication/344111111_Samskaping_som_samarbeids-og_styringsform_for_kommunenes_folkehelsearbeid_Hva_vet_vi_Hva_er_utfordrende_Og_hvor_gar_vi_videre)
- Heimburg, D. v., & Ness, O. (2021). Relational Welfare: A socially just response to co-creating health and well-being for all. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(6), 639-652. <https://doi.org/10.1177/1403494820970815>
- Helsedirektoratet. (2021). *Årsrapport 2021*. [Årsrapport 2021 - Helsedirektoratet.pdf](https://helsedirektoratet.no/arsrapport-2021)

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV- 1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2023-04-28-8>
- Hersted, L. (2016). *Relational Leading and Dialogic Process*. Aalborg Universitetsforlag. <https://doi.org/10.5278/vbn.phd.hum.00063>
- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (2019). *Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060* (Rapporter 2019/12). SSB. [Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060 \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/ettersporselen-etter-arbeidskraft-i-helse-og-omsorg-mot-2060)
- Hope, Ole. (2015). *Mellomlederen*. Gyldendal Akademisk.
- Iversen, O. I. (2020). *Rekrutterings- og intervjueteknikk: om bruk av effektive rekrutteringsmetoder* (2. utgave.). Fagbokforlaget.
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kuvaas, B., Buch, R., Weibel, A., Dysvik, A., Nerstad, C. G. L. (2017). «Do intrinsic and extrinsic motivation relate differently to employee outcomes?». *Journal of Economic Psychology*, 61, 244-258. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2017.05.004>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvalsund, R. (2015). Vekst- og utviklingsperspektiver i lys av hjelperelasjonen i rådgivning. I R. Kvalsund og C. Fikse (Red.), *Rådgivningsvitenskap, helhetlige rådgivningsprosesser; relasjonsdynamikk, vekst, utvikling og mangfold* (s. 23-54). Fagbokforlaget.
- Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanse-ledelse* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Larsen, L. S. (2022, 09. juni). Alarma! Stor mangel på arbeidskraft, mest av alt sykepleiere. *Dagens Medisin*. [Alarma! Stor mangel på arbeidskraft, mest av alt sykepleiere - Blogg - Dagens Medisin](https://www.dagensmedisin.no/nyheter/2022/06/09/Alarma-Stor-mangel-pa-arbeidskraft-mest-av-alt-sykepleiere)
- Løvik, A. M., Mæland, L. H. & Kristoffersen, M. (2023). Leders grep for å beholde sykepleiere i sykehjem. *Nordisk sygeplejeforskning*, 13(2), 1-14. <https://doi.org/10.18261/nsf.13.2.3>
- Madshus, K. (2023, 19. februar). *Dør alene på sykehjem*. Vi. [Dør alene på sykehjem \(vi.no\)](https://www.vi.no/nyheter/2023/02/19/dor-alene-pa-sykehjem)
- Mikkelsen, A. (2016). «Hva bør ledere og HR-medarbeidere vite om motivasjon?» I A. Mikkelsen & T. Laudal (Red.), *Strategisk HRM 2; HMS, etikk og internasjonale perspektiv* (2. utg., s. 33- 103). Cappelen Damm Akademisk.
- Myklathun, K. H. (2023). NAVs bedriftsundersøkning 2023: Redusert mangel på arbeidskraft (NAV-rapport 2023: 5). [Bedriftsundersøkelsen 2023: Fortsatt stor mangel på arbeidskraft - nav.no](https://www.nav.no/NAV-undersokning-2023)
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941-966. <https://doi.org/10.1002/job.413>

- Nei, D., Snyder, L. A. & Litwiler, B. J. (2015). Promoting retention of nurses. *Health Care Management Review*, 40(3), 237-253.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000025>
- NOU2023: 4. (2023). *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
[NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)
- NOU2011: 11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning. [NOU 2011: 11 \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no)
- Olsen, T. H. (2016). Kompetanseutvikling. I A. Mikkelsen & T. Laudal (Red.), *Strategisk HRM 2; HMS, etikk og internasjonale perspektiv* (2. utg., s. 238- 276). Cappelen Damm Akademisk.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.137>
- Postholm, M. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Rambøll Management Consulting & Menon Economics. (2022). *Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren- mulig å løse*. [Bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren – utfordringsbildet og løsningsdimensjoner \(ks.no\)](https://www.ks.no)
- Rasmussen, B. & Kjevik-Wyherley, I. (2019). «Eldreomsorgens bemanningskrise: Budsjett- eller personalpolitikk?». *Tidsskrift for velferdsforskning*, 22(4), 313-324. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2019-04-04>
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, IS. & Lindahl, AK. (2014). «Norway – Health system review». Health Systems in Transition. [HiT Norway \(fhi.no\)](https://www.fhi.no)
- Rosenlund-Hauglid, S. (2023, 11. mai). Stor mangel på helsepersonell: – Jeg sluttet da barn nummer to kom. VG. [NAV-rapport: Helsevesenet mangler 13.000 ansatte - VG](https://www.vg.no)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, Article 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55, 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000b). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Rydland, M. 2015. "Hvilken rolle spiller mellomlederen?: Og spiller det noen rolle for evnen til å bygge endringskapasitet?". *Magma*, 18(7), 46-54.
- Ryen, A. (2017). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid* (3.utg). Fagbokforlaget.
- Røiseland, A. & Lo, C. (2019). «Samskaping- nyttig begrep for norske forskere og praktikere?». *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 35, 51-58.
<https://doi.org/10.18261/issn.1504-2936-2019-01-03>

- Silverman. (2020). *Interpreting qualitative data* (6. utg.). SAGE.
- Skjøstad, O., Beyrer, S., Hansen, J. & Hjemås, G. (2019). *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet* (Rapporter 19/4). SSB.
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sykepleieresarbeidssted-og-nyutdannede-sykepleieres-tilknytning-til-arbeidslivet>
- Skorstad, E. (2015). *Rett person på rett plass: psykologiske metoder i rekruttering og lederutvikling* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Solhberg, P. & Solhberg, B.-M. (2014). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod* (3. utg.). Liber.
- SSB. (2023, 2. mars). *Helse- og sosialpersonell*. [Helse- og sosialpersonell \(ssb.no\)](https://www.ssb.no/helse/og-sosialpersonell)
- Støstad, J-E. (2015). *En fjerde vei for velferden; på sporet av framtidens helse, omsorg og skole*. Gyldendal.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Toode, K., Routasalo, P., Helminen, M. & Souminen, T. (2015). Hospital nurses' work motivation. *Scandinavian journal of sciences*, 29(2), 248-257.
<https://doi.org/10.1111/scs.12155>
- Torring, J. (2019). Collaborative innovation in the public sector: The argument. *Public Management Review*, 21, 1-11. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1430248>
- Uhl-Bien, M. (2006). Relational Leadership Theory: Exploring the social processes of leadership and organizing. *The Leadership Quarterly*, 17(6), 654-676.
<https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.10.007>
- Voordberg, W. H., Bekkers, V. J J. M. & Tummers, L. G. (2015). A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production: Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17(9), 1333-1357.
<https://doi.org/10.1080/14719037.2014.930505>
- Wang, E., Hu, H., Mao, S., & Liu, H. (2019). Intrinsic motivation and turnover intention among geriatric nurses employed in nursing homes: The roles of job burnout and pay satisfaction. *Contemporary Nurse*, 55(3), 195-210.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2019.164112>
- WHO. (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*.
[Health and care workforce in Europe: time to act \(who.int\)](https://www.who.int/europe/publications-detail/health-and-care-workforce-in-europe-time-to-act)

Vedlegg

Vedlegg A: Informasjonsskriv og samtykke

Vedlegg B: Sikt godkjenning

Vedlegg C: Intervjuguide

Vedlegg A: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET «FREMTDIG REKRUTTERING I KOMMUNAL HELSESEKTOR»?

Avdelingsledere i kommunal helsesektor Intervjuundersøkelse

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som omhandler «opplevelsen av å rekruttere i kommunal helsesektor som avdelingsleder og muligheter for fremtidig rekruttering». I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å forske på avdelingsledere sine erfaringer knyttet til rekruttering av helsepersonell i kommunal sektor. Her vil jeg ta utgangspunkt i muligheter og utfordringer for rekruttering, samt handlingsrom for helsesektoren til å være bærekraftig i et fremtidens samfunn. Masteroppgaven skal svare på følgende problemstilling:
«Hvilke utfordringer og muligheter opplever avdelingsledere i kommunal helsesektor med å beholde og rekruttering helsepersonell?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

- NTNU, Institutt for pedagogikk og livslang læring er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir forespurt fordi du er avdelingsleder ved en kommunal helseinstitusjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å delta i dette prosjektet innebærer at du vil delta på et intervju. Spørsmålene som stilles vil handle om dine opplevelser, erfaringer og tanker med å jobbe i helsesektoren og hvordan du opplever det å rekruttere helsepersonell og hva som fungerer og hva som er til hinder for ansettelse av helsepersonell, samt tiltrekning av relevant helsepersonell. Intervjuet er satt til å vare ca. 1 time og vil gjennomføres både fysisk og digitalt, avhengig av informantens lokalisasjon.

Det vil bli benyttet lydopptak under intervjuet, og vil transkriberes. All informasjon som gis i intervjuet vil bli anonymisert, så det skal ikke være mulig å identifisere deg.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du

Samtykkeerklæringen på sisteside. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger.

Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også krevet at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil være kun ansvarlig student, June Ystanes, og veileder, Ottar Ness ved NTNU, som vil ha tilgang ved behandlingsansvarlig institusjon.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra «øvrige data», lagre datamaterialet på avskilte enheter, innelåst/kryptert, etc.
- Dere vil være anonyme og vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen basert på dette forskningsprosjektet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 01.01.2024. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra NSD. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun forskere knyttet til prosjektet som har tilgang på datamaterialet.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

- Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.
- På oppdrag fra *NTNU* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU, Institutt for pedagogikk og livslang læring ved June Ystanes
[redacted] eller veileder, professor Ottar Ness
[redacted]
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, på epost: thomas.helgesen@ntnu.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ottar Ness
(Veileder)

June Ystanes
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*Rekruttering i kommunal helsesektor*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet 01.01.2024.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg B: Sikt godkjenning



[Meldeskjema](#) / [Rekruttering i helsetjenesten: utfordringer og muligheter](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

476657

Vurderingstype

Automatisk ⓘ

Dato

12.01.2023

Prosjekttittel

Rekruttering i helsetjenesten: utfordringer og muligheter

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for pedagogikk og livslang læring

Prosjektansvarlig

Ottar Ness

Student

June Ystanes

Prosjektperiode

01.01.2023 - 01.01.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.01.2024.

[Meldeskjema](#) ↗

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)

- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Vedlegg C: Intervjuguide

Intervjuguide for «fremtidig rekruttering i helsesektor», masterprosjekt 2023

Introduksjon til intervjuet

- Jeg er (navn) ... masterstudent ved Institutt for pedagogikk og livslanglærling, NTNU
- Anonymitet, frivillighet, bruk og oppbevaring av data

Bakgrunn

1. Kan du fortelle litt om deg selv og hvor lenge du har jobbet som avdelingsleder?

- Demografiske data – alder, utdanning, interesser.
- Tidligere arbeidserfaring

Dagens arbeidssituasjon

2. Kan du si litt om hva slags type jobb du har og hvilke konkrete arbeidsoppgaver som er knyttet til ansettelse av helsepersonell?

- Hvor mye tid bruker du på slike arbeidsoppgaver?
- Kan du si noe om hva du tenker om jobben/arbeidsdagen din slik den er nå?

F.eks har du en spesiell innstilling når du skal rekruttere nye ansatte?

3. Er det noen stillinger det er enklere/vanskeligere å rekruttere til? Kan du evt. fortelle litt om dette?

- Hvordan løser/håndterer du dette?
 - Hva gjør dere for å tiltrekke arbeidstakere og hvilken respons får dere?
 - Hvordan opplever du rekrutteringsprosessen?
 - Hva forventer du av en nyansatt?
 - Hva føler du at dere kan tilby en nyansatt?

4. Har du opplevd noen personlige muligheter eller utfordringer knyttet til det å jobbe som avdelingsleder? Kan du evt. fortelle litt om disse?

- Hvordan løser/håndterer du disse?

5. Er det organisatoriske/ledelsesmessige/politiske forutsetninger som er viktig for at dere skal lykkes med å tiltrekke nye arbeidstakere?

- På hvilken måte opplever du at det private markedet påvirker rekruttering av helsepersonell i offentlig sektor?

6. Hva tenker du at helsepersonell har behov for å kunne oppleve motivasjon og meningsfullhet på arbeidsplassen?

Fremtiden

7. Hvilke mulige endringer tenker du må gjøres for å kunne bedre situasjonen slik den er nå?

- Hvilke potensielle muligheter/løsninger ser du for deg?

8. Hvilke handlingsmuligheter ser du for deg for at helsesektoren skal kunne være bærekraftig i fremtiden? (økonomi, kompetanse, organisering, planlegging, andre faktorer)

9. Hvilke råd vil du gi til din kommune for å tiltrekke en ny generasjon av helsepersonell?

10. Hvilke fremtidige behov tror du helsepersonell har for å bli i offentlig helsesektor?

11. Hvordan ser du for deg den fremtidige arbeidssituasjon i offentlig helsesektor?

- Hvorfor/hvorfor ikke?

Avslutning

12. Er det noe som du/dere kanskje ikke har tenkt på før du kom på det i løpet av dette intervjuet?

- Hva?
- Kan du si litt mer om dette?

13. Hvordan har det vært for deg å bli intervjuet, og hva synes du har vært viktigst for deg i denne samtalen?

14. Er det noe du ønsker å spørre meg om?

