

Sondre Ellis Nordkvelle

## Motivasjon og kompetanse på en effektivisert arbeidsplass

En kvantitativ studie om effektiviseringen av norsk helsesektor og ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid.

Masteroppgave i læring i arbeidsliv og samfunn

Veileder: Christin Tønseth

Mai 2023



Sondre Ellis Nordkvelle

## **Motivasjon og kompetanse på en effektivisert arbeidsplass**

En kvantitativ studie om effektiviseringen av norsk helsesektor og ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid.

Masteroppgave i læring i arbeidsliv og samfunn  
Veileder: Christin Tønseth  
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

Over lengre tid har effektivisering av helsesektoren preget politikken og nyhetsbildet. Våren 2023 ble dette aktualisert gjennom stor medieoppmerksomhet der helsepersonell samt pårørende til pasienter gikk ut med historier som omtalte uverdige behandling og dårlige arbeidsforhold. Samtidig ble det estimert et underskudd på helsepersonell i Norge på opptil 110 000 årsverk fordelt på sykepleiere, helsefagarbeidere og vernepleiere innen 2040. En av løsningene som fremkommer i denne studien er at man vinner mye på å utnytte kompetansen til helsepersonellet mer effektivt.

Formålet med denne masteroppgaven var å se på hva betydningen effektiviseringen av helsesektoren har på ansattes motivasjon til innovasjonsarbeid. Dette ble undersøkt gjennom et kvantitativt design, der et spørreskjema ble konstruert til denne studien, med målgruppen satt til yrkesgruppen helsefagarbeider, sykepleier og vernepleier. Det ble gjennom et bekvemmelighetsutvalg samlet inn data fra 659 respondenter fra ulike bo- og aktivitetstilbud, hjemmesykepleie, sykehus og sykehjem i Norge.

Problemstillingen besvares gjennom ulike statistiske analyser, blant annet faktoranalyse, deskriptive analyser, korrelasjonsanalyser og en regresjonsanalyse. Det var forventet at effektiviseringspress skulle ha den største effekten på indre motivasjon, men analysene viste at involvering på arbeidsplassen hadde en noe sterkere effekt. Datamaterialet viste at alle tre yrkesgrupper var høyt indre motivert, hadde stor tro på egne evner og ønsket å forbedre praksisen på arbeidsplassen. Basert på disse funnene ser det derfor ut som helsepersonell er motivert for å drive innovasjonsarbeid, men at kompetansen ikke utnyttes godt nok. Sett under ett viser derfor funnene og empiri fra politikken og mediene at utfordringen ser ut til å ligge i underbemanning og et for stort tidspress, og at dette gjør at tiden og ressursene hos de ansatte ikke tillater innovasjonsarbeid.

# Abstract

How to make the Norwegian health care system more efficient has been a part of Norwegian politics as well as media coverage for several years. During the spring of 2023 this was further showcased through great media coverage as a documentary showed how health care workers worked under poor working conditions, and next of kin to patients described inhumane treatment. On top of that the health care sector is estimated to lack as much as 110 000 man-years of nurses, health care workers and social worker (vernepleier) by 2040. The solution to this may seem to be a better and more efficient utilization of the individual competence amongst the health care professionals.

This master thesis aims to dive into the different aspects a more efficient health care sector might affect the health care professional's motivation to do innovative learning and work improvement. Data collection to test this was done using a quantitative research design a survey was constructed to this study targeting nurses, health care workers and social workers. A total of 659 respondents from care homes, nursing homes, hospitals and nursing services in the home contributed through a convenience sample.

To answer the research question, different statistical analyses were done. These included factor analysis, descriptive analysis, correlation analysis as well as a regression analysis. A pressure to be efficient was expected to have the greatest effect on intrinsic motivation, but analysis showed that work-place involvement had a slight stronger effect. Further analysis described the sample group as highly intrinsic motivated with great self-efficacy and a drive to do work improvement. Based on these findings it seems that health care professionals are more motivated to do innovative learning and work improvement, but that their competence is not utilized well enough for them to do so. This is further supported by the Norwegian politics as well as empirical evidence in the way that understaffing and limited time at work might be the reason that the employees don't have the time or support to do innovative learning and work improvement.

# Forord

Nå etter syv lange, men fine år på NTNU markerer denne masteroppgaven slutten for dette kapittelet. Det har vært en fin studietid med mange ulike studentverv, mange fantastiske folk og mye kunnskap jeg tar med meg over i arbeidslivet. Jeg flyttet fra Trondheim til Oslo halvveis inn i masterprogrammet, og var helt avhengig av støtten fra venner og familie for å fullføre dette fra hjemmekontor. Det siste året har vært preget av deltidsjobb, jobbsøking og ikke minst flytting til ny leilighet med samboer. Nå gleder jeg meg utrolig mye til å starte neste kapittel i «voksen-livet» og se hva dette måtte bringe.

Jeg vil rette en stor takk til veilederen min Christin Tønseth for gode samtaler, gode tilbakemeldinger og stor tro på at dette skulle gå veien. Det har jeg satt utrolig stor pris på. Jeg ønsker også å gi en takk til Ingvild Røsand som har vært tilgjengelig om jeg har hatt spørsmål rundt kvantitativ metode.

Tusen takk til Mamma og Pappa for at dere alltid stiller opp, er interesserte og bare er en telefonsamtale unna når det har vært en bratt motbakke i skrivingen. Til slutt vil jeg takke Kevin som oppmuntrer og støtter meg, og ikke minst har holdt ut i denne skriveprosessen. Dere er best.





# Innholdsfortegnelse

Tabeller .....	xii
<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Aktualitet .....	1
1.1.1 Effektivisering .....	2
1.1.2 Sykehusreformen .....	2
1.1.3 Samhandlingsreformen .....	2
1.1.4 Effektivisering endrer arbeidsoppgaver .....	3
1.2 Avgrensning og definisjoner .....	3
<b>2 Teori .....</b>	<b>5</b>
2.1 Effektivisering .....	5
2.1.1 Effektivisering – forventninger til livslang læring og kompetanse .....	5
2.1.2 Ny offentlig styring .....	6
2.1.3 Stress .....	6
2.2 Kompetanse og mestring .....	7
2.2.1 Mestringstro .....	7
2.3 Innovasjon .....	8
2.3.1 Medarbeiderdrevet innovasjon .....	8
2.4 Motivasjon .....	9
2.4.1 Indre og ytre motivasjon .....	9
2.4.2 Kognitiv evalueringsteori .....	9
2.4.3 Selvbestemmelsesteori .....	10
2.4.4 Herzbergs motivasjonsteori .....	10
2.4.5 Motivasjon for læring .....	10
<b>3 Metode .....</b>	<b>12</b>
3.1.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv .....	12
3.1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	13
3.2 Design .....	13
3.2.1 Utvalgsriterier .....	13
3.2.2 Konstruksjon av spørreskjema .....	13
3.2.3 Pilotstudie .....	14
3.2.4 Informasjonsskriv .....	15
3.2.5 Distribusjon .....	15
3.2.6 Mulige feilsvar .....	15
3.3 Etikk .....	16
3.4 Representasjonsanalyse .....	16

3.4.1	Respondenter, dekningsfeil, utvalgsfeil og validitet.....	16
3.5	Statistiske analyser .....	17
3.5.1	Kvalitetssikring av sammensatte mål .....	17
3.5.2	Regresjonsanalyse .....	18
3.6	Styrker og Begrensninger.....	18
3.6.1	Lengde .....	18
3.6.2	Ikke validerte spørsmål.....	18
3.6.3	Måle effektivisering .....	19
3.6.4	Stillingstyper .....	19
<b>4</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>20</b>
4.1	Deskriptiv.....	20
4.2	Deskriptivt av mål .....	21
4.2.1	Deskriptivt av effektivisering .....	21
4.2.2	Deskriptivt av kompetanse .....	23
4.2.3	Deskriptivt av innovasjonsarbeid .....	24
4.3	Kvalitetssikring av sammensatte mål .....	25
4.3.1	Faktorene.....	25
4.3.2	Korrelasjonsanalyse.....	27
4.3.3	Deskriptivt faktorer og yrkesgruppe.....	28
4.4	Regresjon.....	29
4.5	Oppsummering av funn.....	30
<b>5</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>31</b>
5.1	Effektiviseringspress .....	31
5.1.1	Samfunn .....	31
5.1.2	Standardisering .....	32
5.1.3	Deltid .....	32
5.1.4	Bemanningsutfordringer - statistikk fra KS og Sykepleien.....	33
5.1.5	Stress.....	33
5.1.6	Sykepleiere opplever mest stress .....	34
5.2	Kompetanseutvikling .....	35
5.2.1	Tiltak for kompetanse .....	35
5.2.1.1	Sykepleieroppgaver gis til helsefagarbeidere .....	35
5.3	Innovasjonsarbeid.....	36
5.3.1	Gjør innovasjonsarbeid riktig .....	36
<b>6</b>	<b>Konklusjon og begrensninger .....</b>	<b>38</b>
6.1	Oppsummering av mine funn.....	38
6.2	Styrker og begrensninger .....	39

6.2.1	Datainnsamling .....	39
6.2.2	Spørreksjema .....	39
6.3	Egne refleksjoner og videre forskning .....	40
	<b>Referanser .....</b>	<b>41</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>48</b>

# Tabeller

Tabell 4.1 <i>Deskriptiv data</i> .....	20
Tabell 4.2 <i>Deskriptiv arbeidstid</i> .....	21
Tabell 4.3 <i>Deskriptiv indikatorer for effektivisering</i> .....	22
Tabell 4.4 <i>Deskriptiv indikatorer for kompetanse</i> .....	23
Tabell 4.5 <i>Deskriptiv indikatorer for innovasjonsarbeid</i> .....	24
Tabell 4.6 <i>Principal Component Analysis på alle indikatorene</i> .....	26
Tabell 4.7 <i>Deskriptiv statistikk og Pearsons korrelasjon</i> .....	27
Tabell 4.8 <i>Deskriptiv faktor og yrkesgruppe</i> .....	28
Tabell 4.9 <i>Hierarkisk regresjon</i> .....	29

# 1 Innledning

## 1.1 Aktualitet

Det norske helsevesenet har i flere tiår vært preget av mangel på kvalifisert personell, overarbeidede ansatte, sykemeldinger og dårlige arbeidsvilkår. Sykepleiere forteller hvordan de må prioritere hvilke pasienter som skal få hjelp, siden de ikke rekker over alle (Reisæter, 2018). Helsefagarbeidere forteller om for dårlig opplæring og arbeidsoppgaver som går utover arbeidsbeskrivelse, utdanning og hva de får betalt for å gjøre (Halvorsen, 2018). Vernepleiere er ifølge SSB mest utsatt for vold og trusler fra brukergruppen de jobber med, sammenlignet med andre yrkesgrupper, også utenfor helsesektoren (Pedersen, 2023; SSB, 2018). En sykepleier i en heltidsstilling med ti års ansiennitet får ikke lån til å kjøpe bolig i storbyene i Norge (Ytreberg & Malm, 2023). Felles for disse tre yrkesgruppene er stor etterspørsel etter kompetansen, men også en arbeidshverdag preget av stress, ubekvemme arbeidstider, dårlig lønn og en følelse av å ikke strekke til (Larsen, 2021; NOU 2023: 4).

I januar 2023 viste NRKs Brennpunkt «Omsorg bak lukkede dører» over to episoder hvordan helsevesenet er presset innen eldreomsorgen (Sundvor, 2023). De ansatte hadde for dårlig tid til å utføre arbeidsoppgavene de var gitt og mange hadde for dårlig kompetanse. Det ble gjort feilvurderinger i samhandling med pasienter med demens, ansatte måtte legge pasienter så tidlig som kl. 17.00 for å rekke å bistå andre, og det ble vist hvordan ansatte endte med å sende en formell klage til arbeidsgiver grunnet for dårlig arbeidsvilkår (Sundvor, 2023). Sykepleiere forteller om hvordan de gjentatte ganger begår lovbrudd som medikamentadministrasjon uten dobbeltkontroll grunnet for lav bemanning; det er lovpålagt at det skal være to helsepersonell som kontrollerer medisiner som måles opp og gis ut til pasienter (Sundvor, 2023). Dokumentaren viste det som helsepersonell over lengre tid har skrevet om i kronikker, fagartikler og intervju; de er stresset, de har for dårlige arbeidsvilkår og er for få med rett kompetanse på jobb (Helmers et al., 2021; NOU 2023: 4; Sundvor, 2023).

Grunnet den store negative medieoppmerksomheten rundt helsearbeidere, har flere tatt til motmæle og ytret seg om de positive sidene ved yrket. Eksempelvis har hjemmesykepleieryrket i mange år fått et rykte som stressende, utakknemlig og uten muligheter for profesjonell vekst. Dette ønsket Gjevjon (2020) i sin kronikk å motsi, ved å trekke frem hvordan hjemmesykepleien har utviklet seg til å bli et tilbud med krav til høy faglig kompetanse med behandling som tidligere ble gjort på sykehus. Mange forteller om et ønske om å jobbe med mennesker og hjelpe de som trenger det, og trives med både faglige utfordringer og mellommenneskelig kontakt (Bogsti et al., 2023; Larsen, 2021). Helsepersonell føler på en forpliktelse til å bidra til fellesskapet og å jobbe for noe større enn seg selv (Owren, 2023), i «et yrke jeg virkelig elsker» (Reisæter, 2018). Felles for de negative og positive omtalene av helseyrket er et sterkt fellesskap og et ønske om forbedring av et yrke med en kritisk samfunnsfunksjon og ansatte som ønsker å bidra (Gjevjon, 2020; NOU 2023: 4).

### 1.1.1 Effektivisering

Fra 2023 og frem til 2040 er det estimert et underskudd på helsepersonell i Norge opp til 110 000 årsverk fordelt på sykepleiere, helsefagarbeidere og vernepleiere (NOU 2023: 4). Dette kommer frem av Helsepersonellskommisjonens rapport, som har undersøkt det norske helsevesenet og fremtidens behov (NOU 2023: 4). Norge ligger på Europatoppen når det kommer til ressursbruk innen helsesektoren, og har siden 1970-tallet tredoblet sysselsettingen (NOU 2023: 4). Til tross for dette blir befolkningen eldre enn før, pasienter på sykehjem er sykere enn før, samtidig som antall arbeidsføre reduseres i takt med befolkningsveksten (NOU 2023: 4; Stoksvik, 2023). Når det blir flere pleietrengende, kreves det enten enda flere ansatte, eller bedre utnyttelse av kompetansen til de ansatte. Dette har ført til flere tiltak både på arbeidsplasser og i politikken for å effektivisere de ressursene som er tilgjengelige på en best mulig måte.

Effektiviseringen av helsesektoren har vært et fokus i lang tid, og fortsetter å være en stor del av mediebildet og politikken selv i dag. Dette kan sees gjennom sykehusreformen og samhandlingsreformen, gjennom kutt i statlig støtte til sykehus og offentlige helsetilbud, samt medieoppslag der pasienter på ulike helsetilbud får mangelfull eller feil behandling grunnet for få, eller feil kompetanse hos de ansatte. En sentral målsetting har derfor blitt å sørge for at de ansatte har riktig og oppdatert kompetanse for å kunne jobbe mer effektivt.

Kostnadsmaksimering og effektivitet i helsesektoren har berørt helsepersonell i så stor grad at flere har stått frem med arbeidsforhold som ikke er bærekraftige (Helmers et al., 2021). Sykepleiere og vernepleiere er overarbeidet, mens helsefagarbeidere må gjennomføre arbeidsoppgaver utenfor deres myndighet (NOU 2023: 4). Dette er et sammensatt problem, som grovt kan deles inn i for få med fagkompetansen på den ene siden og for dårlige arbeidsvilkår på den andre. Felles for alle tre yrkesgrupper er at det utdannes færre enn etterspørselen (NOU 2023: 4).

### 1.1.2 Sykehusreformen

Mangelen på ansatte er blant annet en konsekvens av besparelser og effektiviseringstiltak som innføres fra både arbeidsgiver og i politiske vedtak. Et sentralt eksempel av et slik vedtak er Sykehusreformen fra 2001 som slo sammen de fylkeskommunale sykehusene og spesialisthelsetjenesten og flyttet de over til staten som helseforetak (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007). Dette gjorde at hvert enkelt helseforetak fikk større frihet til organisering og drift på en så kostnadseffektiv måte som mulig. Dette ble gjort som en løsning på utfordringer med variert tilbud og ressursbruk grunnet geografi, samt ansvarsfordeling mellom fylke og stat (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007). En konsekvens av dette var at sykehuset får midler per pasient for å gjennomføre en bestemt behandling. Etter behandlingen er utført blir pasienten kun en utgiftspost, noe som gjør at sykepleiere blir bedt om å få flyttet en pasient fra sykehuset og over på andre tilbud, eksempelvis sykehjem for å få plass til nye inntektsgivende pasienter (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007).

### 1.1.3 Samhandlingsreformen

En annen relevant reform er Samhandlingsreformen som ble presentert i 2009 og trådte i kraft fra 2012 NOU 2009: 47 (2009). Formålet med reformen var å forbedre pasienttilbudet gjennom å bedre samarbeidet mellom helseforetakene og kommunene, og med dette gi pasienter og tjenestebrukere god kvalitet og klarhet i hvem som yter de

ulike tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Dette medførte at deler av ansvaret for pasientoppfølging ble flyttet vekk fra stat til kommune (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007). En konsekvens av dette var at flere pasienter ble flyttet fra sykehus over til ulike tilbud i hjemkommunen, som hjemmesykepleie, helsehus eller sykehjem. Ti år etter reformen ble innført er dette fortsatt en utfordring; senest 16.03.2023 intervjuet VG en 81 år gammel pasient som ettertrykkelig ønsket å bli på sykehuset lenger, men ble heller flyttet over ti ganger mellom hjemmebaserte tjenester, helsehus og sykehus over en periode på to måneder (Stoksvik, 2023). Dette til tross for at samhandlingsreformen ble innført for å bedre samarbeidet mellom ulike helsetilbud til pasientens beste.

#### 1.1.4 Effektivisering endrer arbeidsoppgaver

Ulike reformer og politiske vedtak, samt digitalisering og ny teknologi som skal være mer kostnadseffektivt fører til omstruktureringer som endrer arbeidshverdagen til helsepersonell. Eksempler på dette er «digital hjemmeoppfølging» som er innført i deler av landet, og endrer behovet for hjemmesykepleie hos pasienter der det kun er enkle målinger som vekt og blodtrykk, ved at pasienten selv gjør dette og svarene sendes til et sentralbord (Helsedirektoratet, 2022). I Midt-Norge har Helseplattformen blitt innført som en felles plattform som skal knytte alle helsetjenestene sammen, og på den måten bedre kommunikasjon og effektivitet mellom de ulike tilbudene og behandlingene (Trondheim Kommune, 2022). Dette har medført store endringer for både pasienter og helsepersonell, og grunnet ulike mangler ved Helseplattformen har det også virket mot sin hensikt og økt stresset hos ansatte (Reppen, 2023)

## 1.2 Avgrensning og definisjoner

Denne oppgaven tar utgangspunkt i forskningsspørsmålet *Hva har effektiviseringen av helsesektoren å si for ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid?* Dette forskningsspørsmålet baseres på omfattende medie- og politisk oppmerksomhet, samt personlig erfaring fra helsesektoren. Formålet med oppgaven er å se om det er sammenhenger mellom ulike aspekter ved effektiviseringen, og om dette har betydning for helsepersonells motivasjon og ønske om å lære.

Effektivisering er et begrep som ikke har en klar definisjon utenfor en gitt kontekst, da det referer til en optimaliseringsprosess i et allerede eksisterende arbeid eller på en arbeidsplass. Basert på aktualisering fra helsesektoren preges effektiviseringen i stor grad av kostnadsmaksimering med ulike besparelser både i form av bemanning, antall personer med høy kompetanse og tilsvarende lønn, og i ulike goder til de ansatte (NOU 2023: 4).

Helsesektoren er omfattende med ulike tilbud, og inneholder både privat og offentlig sektor. Denne oppgaven har valgt å inkludere både offentlig og privat sektor, men begrenset arbeidsplassene. Helsesektoren vil derfor i denne oppgaven referere til fire arbeidsplasser som ofte omtales i medier og offentlige rapporter som utsatte; bo- og aktivitetstilbud, hjemmesykepleie, sykehjem og sykehus.

Helsesektoren har en omfattende ansattgruppe, med varierte utdannelser som igjen har ulike arbeidsområder. Oppgaven begrenser derfor utvalget ved å se på ansattgruppen «helsefagarbeider», «sykepleier» og «vernepleier». Disse tre er valgt da de representerer de tre vanligste yrkene i helsesektoren, og de som oftest omtales i mediene som påvirket av ulike effektiviseringstiltak. Videre representerer disse tre gruppene et bredt kompetanseområde, ved å ha helsefagarbeider som yrkesfaglig utdannelse, og de

resterende som treårig høyere utdanning. Videre i oppgaven vil «helsepersonell» og «ansatte» i sammenhengen helsesektor refereres til som fellesbetegnelse for disse tre yrkesgruppene.

Motivasjonsbegrepet refererer her til drivkraften den ansatte har for å heve kompetansen og utøve innovasjonsarbeid. For å belyse dette trekkes elementer inn fra teorien om selvbestemmelse, som aktualiserer hvordan indre motivasjon kan flyttes til ytre gjennom ulike effektiviseringstiltak. Deler av Hertzbergs to-faktorteori vil også benyttes for å skille mellom faktorer som påvirker motivasjonen, og faktorer som må være til stedet for at de ansatte ikke mistrives. Innovasjonsarbeid vil legge til en ekstra dimensjon til begrepene «kompetanseutvikling» og «kompetanseheving». Denne oppgaven vil definere innovasjon som en endringsprosess av nåværende praksis, enten ved hjelp av nye metoder eller produkter, eller ved å bruke en eksisterende praksis i en ny kontekst. Her vil elementer fra teorien om medarbeiderdrevet innovasjon trekkes inn for å belyse medarbeiderens funksjon i innovasjonsarbeid. Formålet med å inkludere innovasjon er å også inkludere nytenkning og anvendelse av kunnskap hos den ansatte, og ikke kun se på kompetansehevingsmål som studiepoeng eller gjennomførte kurs.

Oppgaven er bygget opp med en teoridel, metode, resultat og diskusjon før avslutning. Teorikapittelet vil starte med effektivisering. Her vil virkningen av reformer redegjøres sammen med en kort redegjørelse av helsesektoren og hvorfor effektivisering er et så stort fokus gjennom New Public Management (NPM). Videre vil teorier rundt kompetanse og læring redegjøres, med hovedvekt på teorien om mestringstro. Deretter diskuteres innovasjon med vekt på medarbeiderdrevet innovasjon, før motivasjon diskuteres ut ifra ulike perspektiv. Metodekapittelet vil presentere forskningsdesignet samt datainnsamling, og gjennomgå de statistiske analysene som er benyttet. Resultatkapittelet vil presentere funn fra analysene. Diskusjonsdelen er bygget opp ganske likt som teoridelen, der det starter med effektivisering, deretter kompetanse og avslutningsvis innovasjonsarbeid. Motivasjon trekkes inn i alle tre delene. Masteroppgaven avsluttes med en oppsummering av funn, studiens begrensninger samt egne refleksjoner, før det gis noen forslag til videre forskning.



## 2 Teori

Dette kapittelet vil presentere det teoretiske rammeverket som benyttes i oppgaven. Siden forskningsspørsmålet inneholder ulike teoretiske begrep, vil dette kapittelet benytte ulike teorier for å forklare disse. For å belyse effektiviseringsaspektet trekkes elementer fra teorier som New Public Management, stress og livslang læring. Førstnevnte skal belyse det politiske aspektet ved effektiviseringen av helsesektoren, mens stress brukes for å forklare virkningen effektiviseringen har på den ansatte. Livslang læring danner grunnlaget for oppgaven ved å anta at læring forekommer hele livet, og derfor også må tilrettelegges og oppmuntres til fra både politikere og arbeidsgiver. Dette vil danne grunnlaget for effektivisering. Motivasjon er et sammensatt begrep, noe som gjør at det finnes mange ulike teorier. Jeg har valgt å bruke ulike elementer fra flere teorier, heriblant kognitiv evalueringsteori, selvbestemmelsesteori og to-faktorteori, for å belyse indre og ytre motivasjon for læring i en arbeidskontekst som helsesektoren. Det siste begrepet i forskningsspørsmålet er innovasjonsarbeid. Dette er en utvidelse av kompetansebegrepet, og starter derfor med ulike perspektiver på læring og bruker elementer fra teorien om mestringstro. Deretter trekkes elementer fra medarbeiderdrevet innovasjon for å diskutere innovasjonsaspektet.

### 2.1 Effektivisering

Det å drifte en bedrift eller organisasjon så effektivt som mulig har alltid vært en sentral del av ledelse. Hva som gjør en bedrift mer effektiv varierer med konteksten, formålet og type bedrift, men felles vil være en kostnadseffektivitet der utgifter er lavere enn inntekter (Mittra, 2020). Tidligere var effektiviseringen hovedsakelig et anliggende for økonomer, der løsningen på for høye utgifter var å effektivisere ved nedbemanning og fordeling av arbeidsoppgavene på de gjenværende ansatte. I nyere tid har kunnskap om mennesker og bruken av kompetansen til de ansatte tatt større fokus, gjerne da gjennom «Human Resources» (HR) (Amble et al., 2020). Dette har medført økt oppmerksomhet på utnyttelsen av de ansatte på en mer effektiv måte, ved å minimere dødtid og bedre utnytte spesialistkompetansen hos de ansatte (NOU 2023: 4).

#### 2.1.1 Effektivisering – forventninger til livslang læring og kompetanse

Det er ikke lenger nytt å tenke at læring skjer gjennom hele livet. Livslang læring og voksnes læring er noe som reflekteres i både arbeidsliv og i politiske vedtak, der kompetanseutvikling har fått et sentralt fokus. I 2006 beskrev Fejes (2006) hvordan den norske politikken har ambisjoner om at alle skal inkluderes i læring, uavhengig av bransje. Det har blitt gjort flere tiltak for å sørge for at alle har mulighet til utdanning (NOU 2019: 12). Eksempelvis gjennom kompetansereformen fra 2020 som hadde to mål, det ene var at alle skal kunne videreutvikle og opprettholde egen kompetanse. Det andre var å sørge for at gapet mellom kompetansen til arbeidstaker og kravene til kompetanse fra arbeidsgiver tettes (Meld. St. 14 (2019-2020)). Dette har nå blitt forsterket ytterligere gjennom Helsepersonellkommisjonens rapport hvor en av anbefalingene er å øke og utnytte kompetansen hos helsepersonellet bedre (NOU 2023: 4). Dette fokuset på læring har endret effektiviseringsmetodene fra oppsigelser av ansatte for å kutte kostnader, over til omskolering og videreutdannelse for å utnytte verdifull kompetanse mer effektivt (NOU 2023: 4).

Økt effektivitet er noe som vil være helt nødvendig om helsevesenet skal klare å håndtere eldrebølgen som er ventet (NOU 2023: 4). Når det blir flere eldre kreves det enten flere ansatte, eller bedre utnyttelse av kompetansen til de ansatte som allerede er i arbeid. Denne effektiviseringen kan spille inn på flere aspekter ved den ansattes motivasjon og trivsel (Bryant, 2018). Dette gir flere utfordringer knyttet til organisering av sektoren, spesielt i form av å utnytte kompetansen hos de ansatte i størst mulig grad, og samtidig ha nok ansatte med nødvendig kompetanse (Helsedirektoratet, 2022; NOU 2023: 4). Dette har ført til et økt fokus på kvantifisering og målbarhet av både kompetanse og arbeidsutførelse (Hammer, 2008). Ved å måle antall timer brukt i snitt inne hos en pasient lages arbeidsplaner for hjemmesykepleiere, samtidig som de kontinuerlig journalfører antall tid brukt hos den enkelt (Schumacher, 2022). Når det i tillegg er et mål å ha de eldre hjemme lenger, stiller dette enda større krav til hjemmesykepleiers kompetanse og tid (Gjevjon, 2020). Videre brukes statistikk som bakgrunn for å måle effektivitet gjennom å måle kompetansen hos ansatte basert på ferdighetstester og fullførte kurs, og med dette kunne sette et tall på læring (Hammer, 2008).

### 2.1.2 Ny offentlig styring

Vektleggingen av kvantifisering og målbarhet ble enda større når helsesektoren fikk innført ny offentlig styring (NPM) gjennom blant annet den tidligere nevnte sykehusreformen (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007). Dette var et omstillingsarbeid på flere nivåer, der styringsformen fikk et større fokus på mål- og resultatstyring (Amdam, 2019). Dette medførte i korte trekk at aspekter fra privat sektor som effektivisering og kostnadsmaksimering, med økt søkelys på inntekt og utgifter preget helsesektoren, samt fokus på evaluering av resultat (Ellingsen, 2022; Øgård, 2005). Gjennom sykehusreformen gikk sykehusene og spesialisthelsetjenesten over fra fylkeskommune til å bli statlige helseforetak, noe som skulle gi bedre utnyttelse av ressursene og bedre hjelp til befolkningen (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007). Sentralt her er at helseforetakene fikk selvstendig styre med økt lokal myndighet, og derfor i større grad selv ble ansvarlig for utgifter. Videre får sykehusene nå midler per pasient, noe som gjør at helsepersonell jobber for å skrive ut pasienter så fort som mulig så en ny pasient kan ta dens plass (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007). På grunn av dette opplever sykepleiere å skrive ut pasienter til sykehjem eller til eget hjem med hjemmesykepleie før pasienten egentlig selv er klar (Schumacher, 2022; Stoksvik, 2023).

### 2.1.3 Stress

En konsekvens av effektivisering på arbeidsplassen er høyere tempo og mer stress hos den enkelte ansatte (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007; NOU 2023: 4). Fysiologisk er stress en aktivering av det sympatiske nervesystemet, som aktiverer en «fight- or flight» respons hos personen (Hall et al., 2012). Dette medfører blant annet høyere puls og svekkede fysiologiske behov som sult eller behov for toalettbesøk. Dette er rapportert flere ganger av sykepleiere som nettopp ikke har tid til spise eller gå på toalettet når de er på vakt (Sykepleien, 2017). Over tid kan stress føre til blant annet endret appetitt, dårlig søvn og nedsatt immunforsvar, som igjen er nært knyttet til utbrenthet og sykemeldinger (Helsedirektoratet, 2016; Skogstad & Einarsen, 2011). Helsesektoren er preget av et høyt nivå av stress, noe som fører til at mange sykemeldes eller velger å slutte (Helmets et al., 2021; Reisæter, 2018). Utover kliniske plager som angst, depresjon og hjerteproblemer, kan også stress over en lengre

periode påvirke både selvtillit, selvfølelse og tro på egen kompetanse (Dewe et al., 2012; NOU 2023: 4).

## 2.2 Kompetanse og mestring

Ordet kompetanse knyttes av de fleste opp til en form for kunnskap og ferdighet innenfor et spesifikt område. Likevel er dette et mye brukt begrep som ikke har en klar definisjon det er konsensus om (Tveiten, 2019). Felles er individuelle karakteristikk, spesifisitet og anvendbarhet på et spesifikt område, med noe overføringsverdi (Le Deist & Winterton, 2007). Disse karakteristikkene vil variere ut ifra hva «kompetanse» kombineres med, eksempelvis «kompetanseutvikling», «digital kompetanse» eller som i denne oppgaven «innovasjonskompetanse» (Tveiten, 2019). Med andre ord kan kompetanse dekke alle komponenter nødvendig for å mestre en konkret situasjon eller sammenheng (Illeris, 2012). Den siste tiden har kompetansebegrepet blitt slått sammen med kvalifikasjonsbegrepet, noe som har ført til store endringer i hva som omfattes når arbeidsgiver eller politikere bruker «kompetanse» og «kompetanseutvikling» (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007; NOU 2019: 12). Fra å bety kunnskap og ferdigheter på et spesifikt område, har det nå blitt endret til å også inkludere holdninger og vurderinger den enkelte gjør for å bruke kunnskapen i en situasjon basert på de krav som til enhver tid gjelder (Jørgensen, 1999). På arbeidsplassen kan kompetanse defineres som kunnskapen, ferdighetene og holdningene den ansatte har som tillater effektivitet i arbeidet (Farani et al., 2017). I helsesektoren kan dette være en sykepleiers kunnskap om medikamentadministrasjon, en vernepleieres ferdigheter i utarbeidelse av tiltaksplaner for personer med ulike psykiske utfordringer, eller en helsefagarbeiders rolige holdning i samspill med en urolig pasient.

### 2.2.1 Mestringstro

For å kunne utføre arbeid effektivt kreves det både nødvendig kompetanse, og troen på at egen kompetanse er tilstrekkelig. Dette samles i begrepet mestringstro utviklet av Bandura (1978) som troen på at egen kompetanse kan produsere nødvendig atferd for ønsket utfall. Om en sykepleier ikke har tro på egne gjennomføringsevner ved en sengepost på sykehuset, vil dette tyde på en opplevelse av manglende kompetanse for å nå målet om behandling (Heslin & Klehe, 2006). Bandura (1978) presiserte at det ikke er reell gjennomføringsevne, men personens opplevde gjennomføringsevne mot en spesifikk aktivitet og eget forventet utfall basert på egen kompetanse som danner begrepet. Dette betyr at en helsefagarbeider kan ha den nødvendige kompetansen for å utføre en arbeidsoppgave, men om hen av ulike årsaker ikke selv tror kompetansen er tilstrekkelig vil det tyde på lav mestringstro.

Mestringstro henger tett sammen med læring. Om personen evaluerer egne evner som for dårlige til en aktivitet, eller har en tidligere negativ opplevelse med lignende aktivitet vil dette svekke troen på gjennomføring av fremtidige lignende aktiviteter (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Mestringstroen vil påvirke målsetting, innsats og utholdenhet i læringsituasjoner og kompetanseutvikling (Bandura, 1978). Ved å jobbe målrettet med å øke mestringstroen til ansatte vil de individuelle læringsmålene kunne settes høyere, egeninnsatsen vil trolig øke og personen vil kunne holde ut lenger i krevende læringsprosesser (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Dette vil gjøre at personen kan jobbe mer effektivt og får brukt kompetansen i arbeidet i større grad.

## 2.3 Innovasjon

Effektiviseringsarbeid henger ofte tett sammen med innovasjon, i form av å skape nye produkter, tjenester eller prosesser for å forbedre praksisen (Mitra, 2020). I helsesektoren preges dette på to nivåer. Politisk arbeid gjennom reformer og lovgivning er en form for innovasjon, der strukturelle endringer eller implementeringer gjøres fra politisk hold. På den andre siden er innovasjonsarbeid gjort av helsepersonellet på arbeidsplassen, der det er den enkelte ansatte som gjør forbedringsarbeidet. Dette avsnittet vil fokusere på hvordan de ansatte kan utvikle egen praksis, og hvordan arbeidsgiver kan tilrettelegge for medvirkning og involvering av de ansatte i forbedringsarbeidet.

Innovasjonsarbeid gjøres allerede av mange på arbeidsplassen uten at de egentlig er klar over det. I forlengelse av definisjonen av innovasjon som skapelsen av noe nytt (Mitra, 2020), kan innovasjonsarbeid også være en allerede etablert praksis eller produkt om konteksten er ny (Aasen & Amundsen, 2015). Innovasjonsarbeid legger derfor til en dimensjon på kompetanseutviklingsbegrepet, der det ikke kun er snakk om å lære, men også anvende kunnskap i ny kontekst. En vernepleier kan drive kompetanseutvikling gjennom kurs eller studiepoeng, men dette vil måles gjennom bestått kurs eller avlagt eksamen. Det vil ikke være en garanti på hevet kompetanse, samtidig som det ikke gis autonomi og kreativitet til å anvende allerede etablert spisskompetanse på arbeidsplassen til å bedre praksis. Innovasjonsarbeid vil derfor ta med ansatte som gjennom å bruke kompetansen sin tenker nytt i praksisen og ønsker å forbedre etter eget initiativ.

### 2.3.1 Medarbeiderdrevet innovasjon

Innovasjonsarbeid kan inkluderes i begrepet «medarbeiderdrevet innovasjon» (MDI), som belyser bidraget de ansattes tanker, erfaring og kunnskap har inn i innovasjonsprosessen (Lindland, 2019). Dette gjør at definisjonen av innovasjon som en ny tjeneste eller produkt (Mitra, 2020) utvides ved å inkludere de ansattes ideer og kunnskap samtidig som fokuset er på prosessen og ikke kun sluttproduktet (Høyrup, 2012). MDI og innovasjonsarbeid er en kvalitativ endring der det er en ny forståelse, arbeidsform eller praksis og ikke kun en naturlig endring (Lindland, 2019). Eksempelvis vil en praksis på et bo- og aktivitetstilbud endres hvis en av beboerne der blir dårligere eller får en skade. Hvis praksisen som endres da kun er å støtte beboer fra sengen til badet ved toalettbesøk vil ikke dette falle innunder innovasjonsarbeid. Endringen må være et resultat av et behov, og enten være ny i form eller ny i konteksten og komme fra helsepersonellet for å være en innovasjon.

Tilrettelegging og oppmuntring fra arbeidsgiver og kolleger er sentralt for å kunne gjennomføre innovasjonsarbeid på arbeidsplassen. Lindland (2019) presiserer viktigheten av å gi de ansatte autonomi til å utforske og prøve forbedringsmulighetene. Siden det er helsepersonellet som utfører arbeidsoppgavene er det også de som har størst grunnlag for å gi tilbakemeldinger på hva som fungerer godt og hva som burde endres på. Derfor er det svært viktig at de ansatte blir inkludert i strategier og målsetting på arbeidsplassen, og at ledelsen tar innspill på alvor og følger opp innovasjonsarbeidet de ansatte gjør (Lindland, 2019). Ved å etablere en kultur på arbeidsplassen som fremmer innovasjonsarbeid vil det generelle læringsutbytte også øke, ved å la de ansatte diskutere kreative og nye løsninger samtidig som de får anvendt egen kunnskap (Amble et al., 2020). Dette resulterer ofte i ny kunnskap, nye og bedre løsninger og større grad av motivasjon hos de ansatte for arbeidet og arbeidsplassen.

## 2.4 Motivasjon

Motivasjon er et psykologisk begrep som forklarer drivkraften mot en bestemt aktivitet eller et mål (Ryan & Deci, 2000a). Det finnes ulike teorier som forklarer denne atferdsstyringen, og derfor varierer også definisjonen på motivasjon basert på forskningsståsted og perspektiv. Behovsteorier ser på menneskelige behov som drivkraften og aktiviteten eller målet er å dekke dette behovet. Eksempler er livs- og dødsdrifter fra psykoanalysen (Eagle, 1984) og Maslows behovspyramide der behov skal hierarkisk oppnås fra fysiologiske behov opp til selvaktualisering (Maslow, 1943). I motsetning til behovsteorier der motivasjonen i stor grad styres av behov individet ikke selv styrer, hevder kognitive motivasjonsteorier at rasjonelle valg er den sentrale drivkraften (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Eksempler vil være forventningsteori, der den grunnleggende tanker er at drivkraften er en sum av forventinger i form av mestring, resultat og belønning i arbeidet som utføres (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Felles for disse er en grunnleggende forståelse av motivasjon som ulike faktorer som aktiverer, styrer og opprettholder en atferd mot et mål med ulik intensitet (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Denne oppgaven vil bruke denne definisjonen som grunnlag. For å belyse kompleksiteten til motivasjonsbegrepet vil elementer fra kognitiv evalueringsteori og selvbestemmelsesteorien brukes for å forklare samspillet rundt indre- og ytre motivasjon. Videre er Hertzbergs motivasjonsteori med hygienefaktorer og motivasjonsfaktorer valgt ut som sentral for helsesektoren.

### 2.4.1 Indre og ytre motivasjon

På midten av 1900-tallet ble ytre motivasjon bevist gjennom B. F. Skinner (1963) og operant betingning, der premiært atferd forsterket atferden og sjansen for gjentakelse økte (Staddon & Cerutti, 2003). Dette forklarer hvordan eksterne faktorer som lønnsøkning og ulike goder på arbeidsplassen kan være med på å øke motivasjonen til ansatte. White (1959) kom med en utvidelse av motivasjonsbegrepet, ved å introdusere indrestyrt motivasjon for aktiviteter som gjøres for aktivitetens skyld og ikke for ekstern belønning.

### 2.4.2 Kognitiv evalueringsteori

Kognitiv evalueringsteori (CET) (Deci, 1975) ser på forholdet mellom indre og ytre motivasjon, og bygger på teorien om at ytre motivatorer svekker indre motivasjon (Gagné & Deci, 2005). CET vektla effekten eksterne faktorer i form av penger, prestisje eller mål styrker ytre motivasjon samtidig som det svekker indre motivasjon. Spesifikt fant omfattende forskning samt en metaanalyse av 128 laboratoriumseksperimenter at positive tilbakemeldinger styrker indre motivasjon mens fysiske goder svekker den indre motivasjon (Deci et al., 1999). Videre forskning har funnet at ytre motivatorer som konkurranse og evaluering (Amabile et al., 1990) av arbeid kan kritisk svekke kreativitet, kognitiv fleksibilitet (McGraw & McCullers, 1979) og problemløsning som assosieres med indre motivasjon (McGraw, 1978). Dette gjelder spesielt krevende oppgaver med høye mål, noe Erez et al. (1990) viste ved at økonomiske insentiver svekker prestasjonen fremfor å heve den.

På 1990-tallet hadde kognitiv evalueringsteori stått sterkt innen motivasjonsteoriene i organisasjoner, men hadde utførelser med å anvendes i en arbeidskontekst (Gagné & Deci, 2005). Som mange teorier og modeller innen psykologien var CET hovedsakelig studert gjennom kontrollerte omgivelser i laboratorium og ikke i organiske omgivelser på arbeidsplassen. Dette medførte anbefalinger om å gjennomføre tiltak for å øke den indre motivasjon til de ansatte (Deci et al., 1999). Selv om dette generelt sett er gunstig, er

det ikke alt en ansatt gjør i en arbeidshverdag som krever indre motivasjon for å gjennomføre tilfredsstillende arbeid. Det er dette skillet mellom indre og ytre motivasjon som kanskje er den største svakheten til CET (Gagné & Deci, 2005). Anbefalinger til arbeidsgivere var å enten fokusere på økonomiske insentiver og med dette øke den ytre motivasjon, noe som spesielt i USA stod sterkt da arbeid ble ansett som kun for å tjene penger. Alternativt var det å fokusere på involvering og myndiggjøring (Empowerment) av ansatte for å stryke indre motivasjon (Gagné & Deci, 2005).

#### 2.4.3 Selvbestemmelsesteori

Innen organisasjonspsykologien ligger selvbestemmelsesteorien (SDT) først utarbeidet av Deci og Ryan (1985). Denne motivasjonsteorien er en behovsteori som tok inspirasjon fra teorien om mestringstro og kognitiv evalueringsteori om indre og ytre motivasjon, og er utformet spesifikt for arbeidssituasjoner (Deci et al., 2017; Ryan & Deci, 2000b). Skillet mellom CET og SDT går ved at CET vektlegger hovedsakelig hvordan ytre faktorer påvirker indre motivasjon, mens SDT har et bredere og mer komplekst syn på indre motivasjon (Deci & Ryan, 1985; Gagné & Deci, 2005). Innen SDT skilles det mellom autonom (autonomous) motivasjon og kontrollert motivasjon (Ryan & Deci, 2000a). Indre motivasjon vil være en form for autonom motivasjon, som kjennetegnes av en frivillig (volitionally) eller selvbestemt aktivitet (Gagné & Deci, 2005). På den andre siden kjennetegnes kontrollert motivasjon, som navnet tilsier, en ytrestyrt påtvunget aktivitet. Eksempelvis vil morgenstell være en kontrollert motivasjon i den grad helsefagarbeideren skal følge en fastsatt rutine til et fastsatt tidspunkt. En autonom motivasjon kan på den andre siden være en vernepleier som skal gjøre en søndagsaktivitet med en beboer på en omsorgsbolig, og har frihet til å gjøre dette som hun selv ønsker.

#### 2.4.4 Herzbergs motivasjonsteori

En annen vri på motivasjon er Herzbergs tofaktorteori, der han istedenfor å skille mellom indre og ytre motivasjon skiller mellom hva som gjør arbeidstakeren tilfreds eller utilfreds (Herzberg, 1968). Dette kalte han for motiverende faktorer og hygiene faktorer. Denne teorien på motivasjon er direkte utformet for arbeidssituasjon. Kjernen i denne teorien er at faktorer på arbeidsplassen som fører til trivsel ikke nødvendigvis er de samme som fører til mistrivsel (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Faktorer som fører til trivsel, kalte Hertzberg for «motiveringsfaktorer» (motivators) og er faktorer som øker trivsel og produktivitet (Malik & Naeem, 2013). Dette kan være at en helsefagarbeider får mer ansvar på jobb eller får mulighet til å utvikle seg gjennom kurs for å gjøre flere arbeidsoppgaver. Om disse faktorene er på en arbeidsplass vil helsefagarbeideren bli mer motivert og trolig trives bedre, men fraværet av de vil ikke nødvendigvis gjøre at han mistrives. På den andre siden er Hertzbergs «hygienefaktorer» som referer til ulike aspekter ved arbeidssituasjonen som må være på plass for å unngå mistrivsel. Dette kan eksempelvis være arbeidsforhold, lønn eller trygghet, som arbeidstaker forventer å finne, og som vil føre til mistrivsel om de ikke er til stede. Helsesektoren preges i større grad av en utvidet definisjon på det mange andre arbeidsplasser anser som en hygienefaktor, som trygghet eller arbeidsforhold. Dette kan være sikkerhet i form av nok personal på jobb så vernepleiere ikke er redde for eget liv om de jobber med voldelige pasienter, eller det å kompenseres for ubekvem arbeidstid.

#### 2.4.5 Motivasjon for læring

Motivasjon for læring vil naturlig nok påvirkes av faktorer innad i personen, kulturen, vanskelighetsgraden og interessen. Likevel er det funnet noen fellestrekk, som at det i større grad er et indre behov som motiverer voksne for læring, mens det hos barn oftere

er ytre faktorer gjennom pålagt læring i skole (Illeris, 2012). Denne effekten vil i mindre grad være til stede på arbeidsplassen om arbeidsgiver pålegger kompetanseheving, så fremt de ansatte kan se nytteverdien og nødvendigheten av læringen (Amundsen & Rismark, 2020). Dette gjør at mestringstro henger tett sammen med motivasjon, der motivasjonen for en aktivitet svekkes om mestringstroen er lav, samt at indre motivasjon øker med mestringfølelsen når mestringstroen øker. Derfor er det viktig å inkludere de ansatte i læringsprosesser, der de ansatte selv kan bidra med kunnskap og erfaringer for å øke motivasjonen for læring. Når den ansatte ser behovet for ny kunnskap, enten dette er gjennom erfaring der de selv ikke mestret en arbeidsoppgave eller ved å høre en kollega fortelle vil motivasjonen for kompetanseutvikling heves. Ved å ha et dårlig økonomisk intensiv overfor de ansatte, som en subjektiv lav bonus, kan dette svekke den helhetlige motivasjonen (Gneezy & Rustichini, 2000).

Den indre motivasjonen anses i de fleste sammenhenger som mer bærekraftig enn den ytre (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Dette fordi den næres av glede og mestringfølelse overfor aktiviteten, og derfor som noe den ansatte selv ønsker å gjøre. I motsetning kan ekstern motivasjon fungere godt i kortere intervaller, men siden eksterne faktorer som lønn eller goder kan forsvinne om bedriften eksempelvis endrer satsningsområde eller går med økonomisk tap kan dette svekke motivasjonen (Deci et al., 1999). Dette er fordi fokuset ved bruk av belønning skifter vekk fra selve aktiviteten og over på belønningen. I helsesektoren kan dette være om en sykepleier velger å jobbe turnus med nattevakter for å tjene mer på nattillegg. Om sykepleieren kun motiveres av det økonomiske insentivet vil dette trolig svekke trivsel, mestring og læring. På den andre siden kan i noen tilfeller ytre motivasjon stimulere den indre motivasjonen. Om en vernepleier blir pålagt å gjennomføre kurs på arbeidsplassen vil motivasjonen være ytrestyrt for å fullføre kursene, men kan stimulere den indre motivasjonen for arbeidet med brukergruppen om kurset gir nyttig kunnskap.

## 3 Metode

Dette kapittelet vil gjennomgå framgangsmåten som er benyttet for å belyse problemstillingen om betydningen effektiviseringen av helsesektoren har på ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid. Det er valgt en kvantitativ metode for datainnsamling. Kapittelet er kronologisk bygget opp, og vil begynne med vitenskapelig ståsted og bakgrunn for valgt metode. Deretter presenteres det valgte forskningsdesignet, med utvalgs-kriterier og konstruksjon av spørreskjema. Videre presenteres distribusjon av spørreskjema, og det diskuteres mulige feilsvar og etiske forhold relatert til undersøkelsen. De første analysene som gjøres er representasjonsanalyser hvor dekningsfeil, utvalgsfeil, reliabilitet og validitet diskuteres, før valgte analyser redegjøres for. Resultatene fra disse analysene vil presenteres i neste kapittel.

Tidligere forskning gjort på motivasjon og kompetanse er gjort både gjennom kvalitative og kvantitative metoder. Det å bruke kvalitative metoder er en fin måte å få dybdekunnskap om et fenomen som effektivisering og opplevelsen den enkelte ansatte har av fenomenet. Ved å bruke kvalitative metoder som observasjon eller intervju kunne motivasjonen til enkelte ansatte blitt målt og knyttet til effektivisering, eller hvordan kompetansen påvirkes av høyt tempo eller for få ansatte. Bakgrunnen for at denne oppgaven har valgt å heller benytte en kvantitativ metode er todelt. Hovedårsaken er at jeg ønsket å generalisere funnene gjennom å finne tendenser. Dette kan gi en overføringsverdi som kan brukes i andre deler av sektoren, og som enklere lar seg måle i forbedringsarbeid. Den andre årsaken til en kvantitativ metode var for å gi et alternativ til den kvalitative forskningslitteraturen, og med dette være med å bidra til å utvide forståelsen rundt påvirkningen av effektivisering på de ansattes motivasjon og kompetanseutvikling på et relativt smalt forskningsområde. Datainnsamlingen ble gjennomført gjennom et egenkonstruert spørreskjema, distribuert gjennom bekvemmelighetsutvalg med utvalgs-kriterier i spørreskjema som sørget for kun relevante svar.

### 3.1.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Ved å ha et mål om å forsøke å generalisere opplevelser, bærer denne oppgaven preg av et positivistisk forskningsfilosofisk ståsted, og med dette ha et ideal om å avdekke en objektiv sannhet (Kleven, 2018). Likevel er oppgaven og fagfeltet preget av et sosialt konstruktivistisk ståsted grunnet tematikken som omfatter mennesker og deres opplevelse. Kvantitativ metode er derfor valgt for å forsøke å finne noen generaliserbare funn som kan anvendes i lignende kontekster, og med dette trekke inn mer av et positivistisk paradigme. Studien tar videre hensyn til menneskets kompleksitet og kontekstens betydning, noe som gjør at det ikke anses som mulig å avdekke komplett objektivitet. Både informanter, forsker og leser vil tillegge spørsmål og svar varierende mening basert på egen fortolkning. Dette gjør at det er et mål å finne objektive funn, samtidig som fagområdet naturlig vil bære preg av sosialkonstruktivistiske elementer. Derfor danner dette bakgrunnen for et kvantitativt design, som tillater større grad av kontroll når det kommer til datainnsamling og faktorer utenfor studiens kontroll (Ringdal, 2013). Ved å begrense mulighetene for tolkning samtidig som bakgrunnsvariabler og krysspørsmål, sammensatte mål og reverserte spørsmål inkluderes, får studien større kontroll



på påvirkningsfaktorer og mulighet for å undersøke validitet som styrker studiens kvalitet (Field, 2018).

### 3.1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Tematikken rundt effektiviseringen av helsesektoren har vært av personlig interesse i flere år. Personlig erfaring fra bo- og aktivitetstilbud både under og etter koronapandemien, i kombinasjon med psykologibakgrunn gjorde at dette ble tema for masteroppgaven. Videre er effektivisering og fokuset på kompetanse svært aktuelt både gjennom uttalelser fra helsepersonell og dokumentarer, og gjennom politiske arbeid som Helsepersonellskommisjonens rapport (NOU 2023: 4). Med dette er studiens formål å gi et innblikk i betydningen ulike deler av effektiviseringen av helsesektoren har på motivasjonen for innovasjonsarbeid hos helsepersonell. Ved å benytte en kvantitative metode er målet å se etter påvirkninger og sammenhenger, men grunnet kompleksiteten i fenomenet «effektivisering» åpnes problemstillingen. Dette har ført til forskningsspørsmålet «hva har effektiviseringen av helsesektoren å si for ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid?».

Utgangspunktet med personlig erfaring fra helsesektoren og faglig bakgrunn fra psykologi preger oppgaven i form av teori, metode og drøfting. Metodisk gjør dette at spørreskjema er individorientert og forsøker å kartlegge indre prosesser hos et representativt utvalg for å forsøke å generalisere opplevelser. Sammensatte begrep som motivasjon og læring ansees som komplekse og vil ikke kunne måles direkte gjennom et enkelt spørsmål. Videre gjør denne vinklingen at fenomen som effektivisering måles etter opplevd påvirkning av kjente effektiviseringstiltak, og ikke spesifikke effektiviseringstiltak gjort på den enkelte arbeidsplass. Med andre ord er det opplevelser som stress, mestringsfølelse og tidspress som favner dette.

## 3.2 Design

### 3.2.1 Utvalgskriterier

Utvalgskriteriene ble satt basert på yrkesgruppe og arbeidsplass. Det ble valgt tre av de største førstelinjeyrkesgruppene i helsevesenet. Dette ble gjort da dette er yrkesgrupper som ofte omtales i media og selv står frem med utfordringer som kan knyttes til effektivisering (Helmers et al., 2021; Sundvor, 2023). Videre ble det valgt to yrkesgrupper med høyere utdanning på bachelorgradsnivå og en på yrkesfaglig studieretning på videregående skoles nivå, henholdsvis sykepleier, vernepleier og helsefagarbeider. Videre ble det valgt fire arbeidsplasser basert på samme kriterier av mediedekning, men også basert på reformer som sykehus- og samhandlingsreformen. Det ble her valgt sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie og bo- og aktivitetstilbud. Det omtales ofte at sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie opplever kutt i midler, mangel på ansatte og et for høyt stressnivå (Helmers et al., 2021; NOU 2023: 4). Her er det også flest sykepleiere, mens det er flest vernepleiere på bo- og aktivitetstilbud (NOU 2023: 4). Helsefagarbeidere finnes på alle arbeidsplassene, men færrest på bo- og aktivitetstilbud (Oslo Economics, 2022).

### 3.2.2 Konstruksjon av spørreskjema

Spørreskjema ble konstruert med totalt 12 spørsmål med deskriptiv data, og fem matriser med totalt 40 utsagn. Spørreskjema i sin helhet ligger i vedlegg 1. På spørreskjema ble helsefagarbeider beskrevet «helsefagarbeider/hjelpepleier», dette fordi tittelen helsefagarbeider tok over for hjelpepleier i 2006 (Braut, 2023). Alle utsagn

benyttet en fem-punkts Likert-skala fra «Svært uenig» til «svært enig» med «usikker» som midtverdi. Dette ble valgt for å unngå falsk-positive og falsk-negative svar. Siden målgruppen inkluderer personer fra hele landet, i offentlig og privat sektor, og på fire ulike arbeidsteder vil det alltid være noen spørsmål som er mer eller mindre relevante for respondentene. Ved å ha «usikker» istedenfor «av- og til» eller «ikke relevant for meg» var målet å tvinge respondentene til å svare eller «innrømme» å ikke være sikker. Dette er vist svekker sannsynligheten for at respondenter velger midtverdien, i motsetninger til de to alternativene nevnt over (Ringdal, 2013).

Den første matrisen skulle måle motivasjon og bestod av 12 utsagn som begynte med «Jeg...». Tre av spørsmålene er inspirert og oversatt fra Mbindyo et al. (2009) for å måle motivasjon. Disse er markert med to Asterix (\*\*) i vedlegg 1. De resterende spørsmålene i spørreskjema er laget for denne undersøkelsen. Matrise nummer to hadde ti utsagn og var ment til å måle effektivisering, og begynte med «I løpet av en vanlig arbeidsdag...». Den tredje matrisen besto av fem utsagn som også begynte med «Jeg...» for å måle mestringstro. Det ble forsøkt å måle innovasjonsarbeid og involvering med den fjerde matrisen, som bestod av syv utsagn som begynte med «Arbeidsplassen min...». Siste matrise bestod av seks utsagn etter «Jeg...» og skulle måle personens fokus på læring og innovasjonsarbeid.

Det ble valgt deskriptive data som kjønn, alder, stillingsprosent og overtid for representasjonsanalyser siden målet er generaliserbarhet og derfor er det ønskelig med et representativt utvalg. Om en person jobber fulltid, redusert eller deltid er også med å påvirke motivasjonen, ved en større tilhørighet og engasjement i arbeidet påvirker både indre og ytre motivasjon (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Videre er det etablert at redusert stilling er en kjent konsekvens av effektivisering (NOU 2023: 4), noe som gjorde at alle som ikke valgte «fulltid» fikk spørsmål om de hadde forsøkt å få en høyere stilling, samt spørsmål om de hadde fått dette.

### 3.2.3 Pilotstudie

Det ble gjennomført en pilotstudie før distribusjon av spørreskjema. Denne ble gjennomført med ni deltakere, der ingen var direkte i målgruppen av helsepersonell. Antallet ble valgt basert på tilgjengelighet. Av de ni respondentene har seks jobbet i ulike deler av helsevesenet, der de fire arbeidsplassene var representert. Syv av deltakerne i piloten hadde kunnskap om kvantitativ metode på mastergradsnivå. To av deltakerne hadde kunnskap om tematikken. Hvor mange som anses som nødvendig i en pilotstudie vil variere, noen studier anbefaler 10 deltakere, andre ti prosent av forventet utvalg, mens andre trekker frem tilgjengelighet og ressursbruk som avgjørende for hvor mange deltakere som er mulig (Hertzog, 2008). Det var bevisst valgt deltakere som ikke var en del av målgruppen å unngå å involvere relevante respondenter som da kunne risikere å svare annerledes eller sosialt ønskelig basert på samtaler og innspill. Til tross for at utvalget ikke tilhørte målgruppen anses det likevel som et godt utvalg for tilbakemeldinger på et forskningsfaglig nivå og med noe kjennskap til sektoren.

Tilbakemeldinger fra pilotstudien førte til noen endringer. Deltakerne i pilotstudien ble bedt om å besvare som om de tilhørte målgruppen, noe som gjorde at svarene ble brukt for å undersøke at dataen var på korrekt målnivå. Samtlige ga gode tilbakemeldinger på lengden på spørreskjema og informasjonsskriv, da flere sa de ikke ville svart om det var lenger. Påstandene opplevdes enkle å svare på i første omgang, og etter å ha sett nøyer ble det gitt positive tilbakemeldinger på reverserte spørsmål og spredningen av spørsmål som måler samme mål. Etter pilotstudien ble spørsmålet om stilling endret fra kun

«fulltid» eller «deltid» til å inkludere redusert stilling, da flere velger å jobbe eksempelvis 80% grunnet familie eller annet som gjør at de likevel jobber «fulltid» på arbeidsplassen og ikke har to arbeidsplasser. Siden det er stort behov for kvalifisert personell i helsesektoren er det mange som jobber over stillingsprosenten de har (Bjerke, 2022; Vabø et al., 2019). Det ble derfor inkludert spørsmål om de har jobbet overtid den siste måneden, samt antall timer om de har jobbet overtid. Her ble det i pilotstudien bestemt å gå vekk fra de opprinnelige svaralternativene med fem valg om antall ganger, til å la deltakeren skrive nøyaktig opp til én desimal hva de tror de omtrent har jobbet overtid.

#### 3.2.4 Informasjonsskriv

Informasjonsskrivet vedlagt er bevisst gjort så kort og konsist som mulig, noe pilotgruppen ga positive tilbakemeldinger på. Se vedlegg 1. Det ble informert at spørreskjema er en del av en masteroppgave ved Institutt for Pedagogikk og livslang læring ved NTNU, samt kontaktinformasjon til student og veileder. Det ble bevisst ikke gitt mye informasjon om formålet med spørreskjema, for å unngå sosialt ønskelige svar, der respondenten justerte svarene etter undersøkelsens formål (Krumpal, 2013). Det er derfor ikke brukt ord som «motivasjon», «effektivisering», «innovasjonsarbeid» eller «kompetanse» i informasjonsskrivet.

#### 3.2.5 Distribusjon

Det ble benyttet et bekvemmelighetsutvalg der alle tilgjengelige respondenter som passet inn i de tre yrkesgruppene og de fire arbeidsplassene kunne svare (McQueen & Knussen, 2006). Ved å benytte et randomisert bekvemmelighetsutvalg øker sjansene for flere respondenter. Dette ble ansett som den beste løsningen for å inkludere flest mulig, samtidig som anonymiteten opprettholdes (Field, 2018). Videre ble det gjort obligatorisk å svare på alle spørsmål, og med strenge utvelgelseskriterier angående utdanning og arbeidsplass så anses det ikke som et problem at det ble brukt «snøballeffekt» (Ringdal, 2013).

Spørreskjema ble distribuert gjennom e-post og sosiale medier. Datainnsamling startet 30. januar og var ute til og med 19. februar, totalt 21 dager. Det ble sendt 90 e-poster til ulike enhetsledere og andre ansvarsstillinger på ulike relevante arbeidsplasser i Norge, samt til ansvarlige i fagforeninger. Det ble sendt til seks Bo- og aktivitetstilbud, 42 fagforbund, 17 innen hjemmesykepleie (inkludert enhetsledere i kommuner), 14 sykehjem og 11 sykehus. Sykepleierforbundet sendte ut til et ukjent antall medlemmer i ulike deler av landet, mens Delta vernepleierforbundet sendte e-post til 1300 vernepleiere på ulike arbeidsplasser rundt om i landet, mens Delta helsefagarbeiderforbundet sendte ut til sine 12 000 medlemmer. Da det ikke kan bekreftes hvor mange e-poster som ble sendt ut og mottatt er det ikke hensiktsmessig å anta en svarprosent. Det er ikke mulig å måle hvor mange svar som ble innhentet via e-post, og hvor mange som kom fra andre kanaler som sosiale medier eller intranett på arbeidsplasser. Videre er det ikke alle av medlemmene til Delta eller Sykepleierforbundet som vil passe utvalgskriteriene om arbeidsplass, og derfor ikke ha mulighet til å svare.

#### 3.2.6 Mulige feilsvar

Ved bruk av anonym selvrapporing øker sjansene for besvarelser (Ringdal, 2013), men det blir ikke mulig å kontrollere for feilbesvarelser. Derfor antas det at besvarelsene er korrekte. Forskning viser at sjansene for at personer utenfor målgruppen ønsker å besvare, eller at noen oppgir uriktig informasjon er lav når det ikke er noen intensiver som gir grunnlag for å besvare (McQueen & Knussen, 2006; Ringdal, 2013).

### 3.3 Etikk

Spørreskjema er konstruert i henholdt til de forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap. Det er gjort anonymt ved bruk av «nettskjema» som ikke samler inn IP- eller e-post adresser. Ved å sende spørreskjema til ulike deler av landet er det ikke mulig å spore hvor data er hentet fra. Første spørsmål etter informasjonsskriv er for å få samtykke. Det ble inkludert tre valg under «kjønn», for å ikke ekskludere ikke-binære. Det var kun én person som valgte «annet», noe som gjorde at denne personen ble fjernet under analyser da det ikke ga grunnlag for å ha denne med.

### 3.4 Representasjonsanalyse

Siden helsesektoren har en skjev kjønnsfordeling (NOU 2023: 4), ble variabelen «kjønn» inkludert for generaliserbarhet. Det var forventet en representativ kjønnsfordeling. Datainnsamlingen viser en kjønnsfordeling på 88.6% kvinner og 11.4% menn, se tabell 4.1. Dette er en god representasjon av sektoren der det i helsefaglig utdanning er omtrent 90% kvinner og 10% menn (NOU 2023: 4), og tall fra SSB viser en prosentfordeling i de relevante yrkesgruppene på henholdsvis 18.49% (menn) og 82.51% (kvinner). Grunnet spørreskjemaets design er det ikke mulig å vite om dataen er geografisk representativ, men dette anses ikke som relevant for problemstillingen.

Grunnet yrkesgruppens arbeidsform hovedsakelig ikke er på en datamaskin var det uvisst hvor mange som ville ta seg tid til å svare. Fra arbeidsplassene var det forventet flest svar fra bo- og aktivitetstilbud da dette er en gruppe som av personlig erfaring i større grad har tilgang på datamaskin i løpet av vekten, mens hjemmesykepleien og sykehus var ble forventet færrest svar fra. Tabell 4.1 viser at dette ikke stemte da det var flest svar fra sykehus (n=254), deretter bo- og aktivitetstilbud (221), med henholdsvis sykehjem (100) og hjemmesykepleie (85) nederst. Videre var det forventet flest svar fra sykepleiere, deretter vernepleiere og helsefagarbeidere. Dette basert på engasjementet rundt tematikken blant spesielt sykepleiere, samt tidligere forskning som viser en økt velvilje hos personer med høyere utdanning til å svare på spørreundersøkelser (Ringdal, 2013). Tabell 4.1 viser dette stemte, med 299 svar fra sykepleiere, 223 svar fra vernepleiere og 137 fra helsefagarbeidere.

#### 3.4.1 Respondenter, dekningsfeil, utvalgsfeil og validitet

Ringdal (2013) anser en svarprosent over 60% som god. Distribusjonen av spørreskjema var randomisert og med en snøballeffekt der respondenter kunne videresende, noe som gjør det umulig å måle svarprosenten. Derfor ble det valgt å gjøre alle spørsmål obligatoriske, og dermed sikre fullstendige svar. Datasettet har derfor ingen «missing values».

For å teste om utvalget er normalfordelt ble det under deskriptiv statistikk testet for skjevhet (skewness). Dette viste at noen variabler var over anbefalt grense på 1 (Field, 2018). Dette tyder på en skjevhet i besvarelser der dataen ikke er normalfordelt, og kan derfor gi utfordringer med parametriske tester (Ringdal, 2013). Dette er ofte ikke en utfordring i større utvalg, som Field (2018) trekker frem blant annet gjennom sentralgrenseteoremet som går ut på at utvalg over 30 tenderer mot en normalfordeling. Det antas derfor at dataen er normalfordelt og parametriske tester kan benyttes.

For å sikre et godt datamateriale er det viktig at datamaterialet er valid, det vil si sikre at dataen måler det som er tiltenkt, samtidig som dataen er reliabel, det vil si mulig å replikere under de samme forholdene med det samme resultatet (Field, 2018). For å

sikre validitet må dataen først være reliabel. Reliabilitet kan enklest måles ved test-retest, hvor samme undersøkelse benyttes på samme utvalg. Det er ikke mulig i denne undersøkelsen henholdsvis fordi den er anonym og det derfor ikke er mulig å be respondentene svare på nytt, og fordi arbeidsplasser og ansatte endres over tid, noe som gjør at forholdene ikke vil være de samme. Denne undersøkelsen er derfor et stillbilde av virkeligheten, og vil naturlig endres over tid, men kan benyttes som referansepunkt og sammenligningsgrunnlag ved fremtidige undersøkelser. Det er derfor benyttet reliabilitetsmål i analyse gjennom Chronbachs Alpha i faktoranalysen, som vil bli gjennomgått senere i dette kapittelet.

Validiteten til et spørreskjema som ikke er blitt benyttet før kan være vanskelig å måle. Den beste måten å måle validiteten på er ved å sammenligne objektive data med innsamlet data, såkalt kriteriums validitet (Field, 2018). Dette er derimot vanskelig, spesielt i samfunnsvitenskap hvor det ikke finnes et målbart objektivt mål. Gjennom den subjektive vurderingen av innholdsvaliditet anses den som akseptabel, da datamaterialet måler et begrenset utvalg med begrensede kontekstuelle faktorer vil ikke validitet kunne bli høy (Ringdal, 2013).

### 3.5 Statistiske analyser

Analysene ble gjort i «Statistical Package for the Social Sciences» (SPSS) versjon 28. Det ble gjennomført ulike deskriptive undersøkelser, samt korrelasjon, faktoranalyser og regresjon. Siden det er de tre yrkesgruppene helsefagarbeider, sykepleier og vernepleier som er fokuset i analysene ble disse kodet om til dummyvariabler, for å bruke videre i analyser og tabeller.

#### 3.5.1 Kvalitetssikring av sammensatte mål

Det ble gjennomført en Principal Component Analysis (PCA), for å se etter indikatorer som korrelerte og kunne slås sammen til sammensatte mål. Se tabell 4.6. Det ble valgt PCA og ikke «maximumlikelihood» som utvalgsmetode da utvalget i undersøkelsen ikke kan antas å representere alle i yrkesgruppen (Field, 2018). Spørreskjemaet ble konstruert med formål om å få fem faktorer, primært fordelt på ulike seksjoner i skjema. Det ble kjørt en PCA på alle indikatorene, da det ofte er indikatorer utover de som forventes som korrelerer (Field, 2018). Dette ble gjort siden spørreskjema ble konstruert til denne studien, og det derfor er mulig indikatorer fra ulike deler av spørreskjema lader på samme faktor (Field, 2018). Spørsmålene ble også konstruert på en måte som skulle gjøre det enkelt å besvare uten at respondent forstod hva som ble spurt om og endret svarene.

Siden tematikken faller innunder samfunnsvitenskapen ble det vurdert å kjøre en maximum likelihood som estimeringsmetode, men grunnet et utvalg som ikke kan anses som representativt for alle innenfor yrkesgruppene ble det valgt en Principal Component Analysis (Field, 2018; Langdridge, 2006). Videre ble det valgt en «direct oblimin» som rotering siden det forventes korrelasjoner mellom indikatorene. Det ble først satt en nedre grense på 0.3 for faktorladninger, men denne ble så satt til 0.4 for å hindre ladninger på flere faktorer. Field (2018) beskriver ladninger over 0.4 som akseptable. Indikatorer som ladet på flere variabler eller som ikke hadde noen ladninger over 0.4 ble fjernet, før en ny PCA ble gjennomført med samme kriterier på de gjenværende variablene. Det ble kjørt reliabilitetsanalyser ved Chronbachs Alpha på alle faktorene for å sikre reliabilitet (Field, 2018), se tabell 4.6. Verdier over .05 anses som akseptable, og det ble derfor utviklet sammensatte mål.

For å undersøke sammenhenger ble det kjørt en korrelasjonsanalyse. Denne ble kjørt mellom de fem sammensatte målene for å se etter sammenhenger. Det ble benyttet en Pearssons korrelasjon, som er en bivariat korrelasjonsanalyse siden alle fem var en kontinuerlig variabel. Korrelasjonene sammen med deskriptiv statistikk vises i tabell 4.7.

### 3.5.2 Regresjonsanalyse

Den avhengige variabelen ble satt til «indre motivasjon», med de fire resterende sammensatte målene som uavhengige variabler. Hierarkisk regresjon ble valgt som analysemetode for å undersøke hvilke effekter de ulike sammensatte målene og indikatorene kan ha på den avhengige variabelen. I blokk 1 var de fire sammensatte målene, mens blokk 2 inkluderte de resterende indikatorene som ikke ble inkludert i noen faktorer. Videre er det valgt ut spesifikke utsagn, se «Tabell 4.7- Deskriptiv indikatorer og yrkesgrupper», som er fordelt på de tre yrkesgruppene og omkodet til uenig med verdier fra 1-3 og enig med verdier 3-5.

## 3.6 Styrker og Begrensninger

Spørreskjema anses som akseptabelt. Det ble et relativt stort utvalg (N=659), og en relativt god fordeling på de ulike yrkesgruppene. Ved konstruksjon var det tiltenkt fem faktorer, noe som det også ble etter PCA analysen med gode ladninger. Alle målene ble gjort på ønskelig målenivå, så det ble ikke utfordringer med omkodinger eller analyser grunnet dette.

### 3.6.1 Lengde

Spørreskjemaet er kort, og ble besvart i snitt på 5.49 minutter. Dette gjør at det er begrenset med datamateriale som samles inn. Dette ble gjort primært av to grunner; den største og viktigste var for å øke svarprosenten. Et kortere skjema øker sjansen for flere respondenter (Ringdal, 2013), samtidig som unødvendig gjentakelse svekker svarprosenten (Langdridge, 2006). Det ble derfor valgt noen områder som måler relevante tema, samtidig som det ble arbeidet for å ha det kort og konsist. Det er kjent at målgruppen ofte arbeider utenfor PC eller mobil, og derfor ikke like ofte sjekker e-post eller tar seg tid til å svare (Helmers et al., 2021; Reppen, 2023). Det er også flere arbeidsplasser som ikke tillater jobb-e-post på private enheter grunnet personvern.

### 3.6.2 Ikke validerte spørsmål

Det er kun brukt tre validerte påstander som sammen utgjør et validert mål for generell motivasjon (Mbindyo et al., 2009). Disse er brukt i en undersøkelse på helsepersonell i Kenya. For å sikre validitet og reliable svar anbefales det å bruke allerede validerte og kvalitetssikrede mål (Langdridge, 2006). Til tross for dette ble spørsmålene oversatt til norsk fra engelsk, noe som kan påvirke kvaliteten og validiteten. Derfor ble disse spørsmålene inkludert i validitetsanalyser sammen med resten av indikatorene. Om det undersøkes nye mål eller nye vinklinger som ikke er validert, anbefales det å kjøre pilotstudier for å undersøke dette (Hertzog, 2008; Ringdal, 2013). Det ble ikke funnet indikatorer som målte effektiviseringen i helsesektoren, eller kompetanseutvikling rettet mot innovasjon på en hensiktsmessig måte for denne oppgaven. Det ble derfor bestemt å bruke egne spørsmål basert på empiri på tema, for å forsøke å måle dette. Hadde undersøkelsen ikke hatt et så begrenset utvalg, kunne det vært inkludert spørsmål om generell kompetanseutvikling eller motivasjon for å ha større datamateriale; men, dette ville gjort spørreskjema lenger og risikert å minimere respondenter.

### 3.6.3 Måle effektivisering

Effektivisering er et omfattende og svært kontekstavhengig begrep. Hvordan effektivisering defineres varierer fra fagdisiplin og vinkling. Denne oppgaven undersøker hvordan denne effektiviseringen oppleves hos de ansatte. Dette innebærer blant annet høyere arbeidstempo og flere arbeidsoppgaver, og dermed stress, færre ansatte på jobb og større fokus på å spare penger (Helmets et al., 2021; NOU 2023: 4). Dette danner grunnlaget for spørsmålene som er valgt ut til effektiviseringsdelen.

Når det benyttes et spørreskjema som besvares én gang gir dette kun et stillbilde. Det er derfor ikke mulig å sammenligne med hvordan det var før og etter effektiviseringen ble satt i gang. Grunnet anonymiteten er det ikke mulig å si hva slags effektivisering den konkrete personalgruppen eller arbeidsplassen er utsatt for.

### 3.6.4 Stillingstyper

Det ble valgt kun tre yrkesgrupper basert på utdanning, siden ufaglærte kan ha stor variasjon i kompetanse. For å kunne sikre i større grad hva slags kompetanse respondentene har ble det valgt utdanninger som gir autorisasjon, noe som danner et minimumsgrunnlag av kompetanse. Det er også valgt å ikke inkludere «miljøterapeuter» som en gruppe, da de fleste treårige høyere helseutdanninger kvalifiserer til denne arbeidstittelen. Det er mange som vil ha ekstrautdanning eller høyere utdanning utover de tre valgte, så det er ikke mulig å si noe om kompetansen til respondentene utover hva de minimum har hatt basert på utdanningen.

## 4 Resultat

Denne delen av oppgaven vil presentere de ulike funnene gjort gjennom ulike analyser i SPSS. Dette er strukturert kronologisk etter rekkefølgen undersøkelsene ble gjort. Funnene danner utgangspunkt for belysning av problemstillingen; *hva betyr effektiviseringen av helsesektoren for ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid?* Det vil først redegjøres for deskriptive data knyttet til de innledende bakgrunnsvariablene i spørreskjema. Her vil også relevant deskriptiv statistikk fra enkelte indikatorer for effektivisering, kompetanse og innovasjonsarbeid presenteres. Deretter kvalitetssikring av sammensatte mål, for så en bivariat korrelasjonsanalyse for å se sammenhenger mellom variablene. Avslutningsvis presenteres tall fra en hierarkisk regresjonsanalyse med de sammensatte målene, samt de resterende indikatorene som ikke ble slått sammen i faktoranalysen.

### 4.1 Deskriptiv

Tabell 4.1 viser en oversikt over bakgrunnsvariablene fordelt på de tre yrkesgruppene «Helsefagarbeider» (n=137), «Sykepleier» (n=299) og «Vernepleier» (n=223). Alderen i utvalget gikk fra 20 år til 70 år ( $M = 40.10$ ,  $SD = 12.50$ ). Det var totalt 89% (n=584) kvinner, noe som er relativt representativt der de tre gruppene nasjonalt har en kvinneandel på 83% (SSB, 2023). Det var derfor litt færre menn i denne undersøkelsen (n=75, 11%) enn nasjonalt (17%).

**Tabell 4.1** Deskriptiv data

	Helsefagarbeider		Sykepleier		Vernepleier		Hele utvalget	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kjønn	137	21%	299	45%	223	34%	660	100%
Mann *	21 (12464)	15.0% (9%)	23 (15577)	8% (11%)	31 (4948)	14% (21,02)	75 (32969)	11% (17%)
Kvinne*	116 (123160)	85% (91%)	276 (132821)	92% (90%)	192 (18588)	86% (79%)	584 (155569)	89% (83%)
Arbeidsplass								
Bo- og aktivitetstilbud	64	47%	7	2%	149	67%	221	33%
Hjemmesykepleie	30	22%	37	12%	18	8%	85	13%
Sykehjem	37	27%	37	12%	26	12%	100	15%
Sykehus	6	4%	218	73%	30	14%	254	39%

*Notat.* N = 659. Alder gikk fra 20 år til 70 år ( $M = 40.10$ ,  $SD = 12.50$ )

\* Tall i parentes hentet fra SSB (2023)



Det var flest respondenter i fulltidsstilling ( $n = 419$ , 63%), med 79% av vernepleierne, 58.5% av sykepleierne og 49% av helsefagarbeidere som jobbet fulltid (tabell 4.2). Av de som ikke jobbet heltid ( $n = 240$ ) har 31% av helsefagarbeidere bedt om å øke stillingen, og 27% fikk dette innvilget. Henholdsvis 32% av sykepleiere ønsket større stilling, og 25% fikk, mens 17% av vernepleiere ønsket større stilling, og 50% fikk det. Totalt 45% av utvalget har jobbet overtid, fra 1 time til 150 timer den siste måneden ( $n = 294$ ,  $M = 13.12$ ,  $SD = 13.44$ ). Kun én person svarte 150 timer, hvis dette antas å være en statistisk uteligger går svarene fra 1 til 60 timer ( $n = 293$ ,  $M = 12.65$ ,  $SD = 10.81$ ). Derfor anses dette som en skrivefeil og fjernes fra denne delen av statistikken, noe som gir totalt 3707 timer overtid.

**Tabell 4.2** Deskriptiv arbeidstid

	Helsefagarbeider		Sykepleier		Verneplesier		Hele utvalget	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Fulltid	67	49%	175	59%	176	79%	418	64%
Fulltid redusert	35	26%	90	30%	25	11%	150	23%
Deltid/ekstra	35	26%	34	11%	22	10%	91	14%
Jobbet overtid	51	37%	145	49%	98	44%	294	45%

Notat.  $N = 659$ .

## 4.2 Deskriptivt av mål

Tre tabeller ble laget med deskriptiv data mellom yrkesgrupper og spørsmål knyttet til effektivisering, kompetanse og innovasjonsarbeid. De tre temaene ble valgt ut som spesielt viktig for problemstillingen, da det er spørsmål som er valgt basert på tidligere empiri. Hver tabell inneholder indikatorer som er valgt ut som spesielt relevante for hvert tema, omkodet fra en fem-punkts Likert-skala, til uenig (svar 1-2) og enig (svar 4-5), hvor midtpunkt er fjernet.

### 4.2.1 Deskriptivt av effektivisering

Tabell 4.7 viser fordeling av indikatorer knyttet til effektivisering, med åtte indikatorer der én er inkludert i det sammensatte målet for effektivisering. Vernepleiere er den av de tre yrkesgruppene der flest har svart at de blir stresset av tanken på å dra på jobb (31%), mens sykepleiere er de som rapportere høyest på at de ikke alltid får tid til å sette seg ned for å spise (47%). Spørsmål om tid til toalettbesøk viser at sykepleiere har størst andel som svarer de ikke får tid til toalettbesøk (29%), mens det kun er 17% helsefagarbeidere og 19% vernepleiere som rapporterer dette. I de tre yrkesgruppene har under halvparten svart at de i løpet av en vanlig arbeidsdag rekker å gjøre alle arbeidsoppgavene. Både helsefagarbeidere (73%) og sykepleiere (71%) svarer at de er enige i at det er stort fokus på arbeidsplassen på det å jobbe så effektivt som mulig, mens vernepleiere svarer 55% på dette.

**Tabell 4.3** Deskriptiv indikatorer for effektivisering

	Helsefagarbeider (n = 137)		Sykepleier (n = 299)		Vernepleier (n = 223)	
	uenig	enig	uenig	enig	uenig	enig
«Jeg blir stresset av tanken om å dra på jobb»	78 (57%)	33 (24%)	167 (56%)	83 (28%)	125 (56%)	68 (31%)
«I løpet av en vanlig arbeidsdag får jeg alltid satt meg ned for spist»	49 (36%)	77 (56%)	140 (47%)	129 (43%)	78 (35%)	125 (56%)
«I løpet av en vanlig arbeidsdag får jeg alltid tid til å gå på toalettet»	23 (17%)	102 (75%)	88 (29%)	174 (58%)	42 (19%)	163 (73%)
«I løpet av en vanlig arbeidsdag rekker jeg å gjøre alle arbeidsoppgavene mine»	64 (47%)	49 (36%)	177 (50%)	77 (40%)	114 (32%)	67 (35%)
«I løpet av en vanlig arbeidsdag stresser jeg mye for å rekke alle arbeidsoppgavene mine»	47 (34%)	73 (53%)	56 (19%)	187 (63%)	60 (27%)	127 (57%)
«I løpet av en vanlig arbeidsdag har jeg mer å gjøre enn det jeg rekker»	38 (28%)	70 (51%)	57 (19%)	199 (67%)	50 (22%)	134 (60%)
«I løpet av en vanlig arbeidsdag har jeg et høyt tidspress»	41 (30%)	77 (56%)	39 (13%)	226 (76%)	67 (30%)	125 (56%)
«I løpet av en vanlig arbeidsdag er det stort fokus på å jobbe så effektivt som mulig»*	17 (12%)	100 (73%)	28 (9%)	212 (71%)	59 (27%)	122 (55%)

Notat. N = 659.

5-punkt Likert-skala omkodet 1 svært uenig og 2 enig til «uenig» og 4 enig og 5 svært enig til «enig».

\*spørsmål som ikke er en del av det sammensatte målet «Effektiviseringspress»

## 4.2.2 Deskriptivt av kompetanse

Det er valgt ut tre spørsmål for å belyse kompetanse, hvor alle tre er inkludert i det sammensatte målet for mestringstro. Disse er valgt ut da de er tydelige spørsmål som går på mestringstro, hvor de tre yrkesgruppene svarer svært likt. Alle yrkesgruppene svarer over 80% at de har tilstrekkelig kompetanse for arbeidet de gjør, og tilsvarende svarer over 80% seg uenige i spørsmål om de opplever å være underkvalifisert. På spørsmål om de alltid klarer arbeidsoppgavene sine svarer alle over 65% at de er enige, men sykepleiere (16%) og vernepleiere (17%) har større andel som rapportere at de ikke alltid klarer arbeidsoppgavene enn helsefagarbeidere (8%).

**Tabell 4.4** Deskriptiv indikatorer for kompetanse

	Helsefagarbeider (n = 137)		Sykepleier (n = 299)		Vernepleier (n = 223)	
	uenig	enig	uenig	enig	uenig	enig
«Jeg har tilstrekkelig kompetanse for å gjøre arbeidet mitt» *	8 (6%)	113 (83%)	14 (5%)	246 (82%)	13 (6%)	187 (84%)
«Jeg føler meg underkvalifisert for jobben» *	112 (82%)	6 (4%)	256 (86%)	18 (6%)	192 (86%)	16 (7%)
«Jeg klarer alltid arbeidsoppgavene mine» *	11 (8%)	93 (68%)	47 (16%)	201 (67%)	38 (17%)	149 (67%)

Notat. N = 659

5-punkt Likert-skala omkodet 1 svært uenig og 2 enig til «uenig» og 4 enig og 5 svært enig til «enig».

\*spørsmål som ikke er en del av det sammensatte målet «Mestringstro»

### 4.2.3 Deskriptivt av innovasjonsarbeid

I tabell 4.5 om innovasjonsarbeid er det inkludert syv spørsmål, der fire er en del av det sammensatte målet «involvering på arbeidsplassen». Her er det sykepleiere (66%) som i størst grad rapporterer at arbeidsplassen oppfordrer til faglig utvikling, mens vernepleiere (33%) har flest som rapporterer seg uenige i dette. Videre er det også sykepleiere (62%) som rapporterer oftest at arbeidsplassen ønsker forbedringsforslag, sammenlignet med helsefagarbeidere (47%) og vernepleiere (47%). Alle tre gruppene sett under ett svarer rundt 80% at de ønsker å forbedre arbeidsplassen, men rapporterer over 50% at arbeidsplassen tar beslutninger uten å involvere dem. Helsefagarbeidere (91%) har størst fokus på å lære når de er på jobb, etterfulgt av vernepleiere (85%) og sykepleiere (84%).

**Tabell 4.5** Deskriptiv indikatorer for innovasjonsarbeid

	Helsefagarbeider (n = 137)		Sykepleier (n = 299)		Vernepleier (n = 223)	
	Uenig	Enig	Uenig	Enig	Uenig	Enig
«Arbeidsplassen min oppfordrer til faglig utvikling	32 (23%)	73 (53%)	54 (18%)	198 (66%)	73 (33%)	107 (48%)
«Arbeidsplassen min ønsker å få forslag til forbedringer	37 (27%)	64 (47%)	56 (19%)	184 (62%)	70 (31%)	105 (47%)
«Jeg ønsker å forbedre praksisen på arbeidsplassen min»*	8 (6%)	109 (80%)	2 (1%)	245 (82%)	3 (1%)	188 (84%)
«Arbeidsplassen min tar beslutninger uten å involvere meg»	33 (24%)	70 (51%)	65 (22%)	161 (54%)	57 (26%)	124 (56%)
«Arbeidsplassen min bruker lang tid på å gjennomføre endringer»	28 (20%)	60 (44%)	70 (23%)	135 (45%)	37 (17%)	131 (59%)
«Arbeidsplassen min lytter ikke til forbedringsforslagene mine»*	47 (34%)	35 (26%)	113 (38%)	70 (23%)	86 (39%)	73 (33%)
«Jeg har fokus på å lære når jeg er på jobb»*	8 (6%)	124 (91%)	23 (8%)	251 (84%)	20 (9%)	190 (85%)

Notat. N = 659

5-punkt Likert-skala omkodet 1 svært uenig og 2 enig til «uenig» og 4 enig og 5 svært enig til «enig».

\*spørsmål som ikke er en del av det sammensatte målet «Involvering på arbeidsplassen»

## 4.3 Kvalitetssikring av sammensatte mål

Det ble kjørt en faktoranalyse (PCA) på hele datasettet, med totalt 40 spørsmål. Det ble benyttet en oblique rotasjonsmetode siden faktorene viste korrelasjoner. Innledende analyser viste en KMO-verdi over akseptabel grense på .60 (KMO = .91), og signifikant Bartlett's test ( $p < .001$ ). Egenverdier over Kaiser kriteria på 1. viste syv faktorer, men en visuell inspeksjon av screeplott viste fem eller syv. Etter å ha sett faktorladninger ble det satt en grenseverdi på .30 på faktorladninger for å sikre gode verdier (Field, 2018). Dette gjorde at flere indikatorer ble fjernet, mens andre hadde verdier på flere faktorer. Grenseverdien ble deretter satt til .40 for å hindre ladninger på flere spørsmål, samt sikre gode faktorladninger (Field, 2018). Dette gjorde at to faktorer ble fjernet. Det ble da kjørt en ny PCA på spørsmålene som var igjen, totalt 29 spørsmål. KMO-verdien var over akseptabel grense på .60 (KMO=.91) og Bartlett's test var signifikat ( $p < .001$ ). Det var fem faktorer med egenverdier over Kaisers Kriterium på 1., og visuell inspeksjon av screeplott viste også fem faktorer. De fem faktorene forklarte sammenlagt 59% av den totale variansen.

### 4.3.1 Faktorene

Av de fem faktorene var det faktor 1 som hadde høyest totale ladninger (egenverdi = 8.45), og med høyest andel varians (29%). Denne målte indre motivasjon. Faktoren bestod av ni indikatorer, der tre indikatorer ble reversert for å sikre likt målnivå. Alle utsagnene i denne faktoren er hentet fra samme seksjon i spørreskjemaet. Faktoren hadde god reliabilitet ( $\alpha = .90$ ). Faktor 2 målte «effektiviseringspress» og bestod av seks spørsmål fra samme seksjon i spørreskjemaet, og inneholdt tre reverserte indikatorer. Den hadde nest høyest totale ladninger (egenverdi = 3.20) og varians (11%). Faktoren hadde god reliabilitet ( $\alpha = .89$ ). Den tredje faktoren målte «involvering på arbeidsplassen» (egenverdi=2.45) og bestod av syv spørsmål hvor alle unntatt ett spørsmål var fra samme seksjon i spørreskjemaet. Faktoren forklarte 7% av variansen. Tre reverserte indikatorer, og god reliabilitet ( $\alpha = .83$ ). Den fjerde faktoren målte «Mestringstro» (egenverdi = 1.79) og bestod totalt fire spørsmål hentet fra samme seksjon i spørreskjema, der to er reversert. Faktoren hadde god reliabilitet ( $\alpha = .73$ ) og forklarte 6.18% av variansen. Den siste faktoren målte «samarbeid med kollegaer» og hadde laveste totale ladning (egenverdi = 1.29) og varians (4%). Faktoren bestod av tre spørsmål, der ingen er reversert. To spørsmål er hentet fra samme seksjon som faktor «Indre motivasjon», og ett spørsmål er hentet fra samme seksjon som «Effektiviseringspress». Reliabiliteten er akseptabel ( $\alpha = .51$ ).

**Tabell 4.6** *Principal Component Analysis på alle indikatorene*

Indikatorer	Faktorladninger				
	1	2	3	4	5
<b>1 – Indre motivasjon</b>					
«Jeg jobber her kun for å ha stabil inntekt» *	.81				
«Jeg jobber kun for å tjene penger»*	.80				
«Jeg gleder meg til å dra på jobb»	.74				
«Jeg liker yrket mitt»	.72				
«Jeg får energi av jobben min»	.63				
«Jeg trives godt på jobben min»	.63				
«Jeg er motivert til å jobbe så hardt jeg kan»	.62				
«Jeg ønsker å bytte arbeidsplass»*	.62				
«Jeg blir stresset av tanken om å dra på jobb»*	.50				
<b>2- Effektiviseringspress</b>					
«I løpet av en vanlig arbeidsdag har jeg mer å gjøre enn det jeg rekker»		.85			
«I løpet av en vanlig arbeidsdag har jeg et høyt tidspress»		.81			
«I løpet av en vanlig arbeidsdag rekker jeg å gjøre alle arbeidsoppgavene mine»*		.78			
«I løpet av en vanlig arbeidsdag får jeg alltid satt meg ned for spist»*		.77			
«I løpet av en vanlig arbeidsdag får jeg tid til å gå på toalettet»*		.74			
«I løpet av en vanlig arbeidsdag stresser jeg mye for å rekke alle arbeidsoppgavene mine»		.73			
<b>3 – Involvering på arbeidsplassen</b>					
«Arbeidsplassen min involverer meg i å forbedre arbeidspraksisen»					-.84
«Arbeidsplassen min ønsker å få forslag til forbedringer»					-.81
«Arbeidsplassen min tar beslutninger uten å involvere meg»*					-.72
«Arbeidsplassen min belønner meg for å øke kompetansen min»					-.70
«Arbeidsplassen min oppfordrer til faglig utvikling»					-.65
«Arbeidsplassen min bruker lang tid på å gjennomføre endringer»*					-.53
«Jeg samarbeider godt med nærmeste leder»					-.44
<b>4 - Mestringstro</b>					
«Jeg har tilstrekkelig kompetanse for å gjøre arbeidet mitt»				.83	
«Jeg er usikker på hvordan jeg skal utføre arbeidsoppgavene mine»*				.74	
«Jeg føler meg underkvalifisert for jobben»*				.71	
«Jeg klarer alltid arbeidsoppgavene mine»				.59	
<b>5 – Samarbeid med kollegaer</b>					
«Jeg samarbeider godt med kollegaene mine»					-.75
«Jeg opplever at det er et godt arbeidsmiljø»					-.68
«I løpet av en vanlig arbeidsdag er det alltid en med høyere kompetanse enn meg jeg kan rådføre meg med»					-.56
<b>Egenverdi</b>	8.45	3.20	2.45	1.79	1.29
<b>% av varians</b>	29.13	11.04	7.75	6.18	4.45
<b>Cronbachs Alpha</b>	.90	.89	.83	.73	.51

Notat. N = 659.

Estimeringsmetode: Principal Component Analysis. Rotasjonsteknikk: Oblimin. Faktorladninger under .40 vises ikke i tabellen.

\*variabelen er reversert

### 4.3.2 Korrelasjonsanalyse

Det ble kjørt en Pearssons korrelasjonsanalyse på studiets faktorer, der alle var signifikante ( $p < .001$ ). Disse er vist i tabell 4.7. Den høyeste korrelasjonen var signifikant positiv mellom «involvering på arbeidsplassen» og «Indre motivasjon» ( $r. = .49$ ), mens «Effektiveringspress» hadde et negativt signifikant forhold mellom «Indre motivasjon» 1 ( $r. = -.41$ ). Involvering på arbeidsplassen er derfor den med størst sammenheng for å skåre høyt på indre motivasjon, etterfulgt av samarbeid med kollegaer. Som forventet er effektiveringspress moderat negativt korrelert med indre motivasjon.

**Tabell 4.7** Deskriptiv statistikk og Pearsons korrelasjon

	1	2	3	4	5
«Indre motivasjon»	-				
«Effektiveringspress»	-.41**	-			
«Involvering på arbeidsplassen»	.49**	-.27**	-		
«Mestringstro»	.33**	-.34**	.19**	-	
«Samarbeid med kollegaer»	.39**	-.13**	.45**	.10**	-
<i>M</i>	3.65	3.20	3.08	3.95	3.76
<i>SD</i>	.80	.92	.77	.63	.70

Notat.  $N = 659$ , \*\* $p < .001$

### 4.3.3 Deskriptivt faktorer og yrkesgruppe

Tabell 4.8 viser en oversikt over de tre yrkesgruppens svar på de fem sammensatte målene. Her er hvert sammensatte mål kodet slik at 1 til 3 er «uenig» og 3 til 5 er «enig». Siden sammensatte mål gir verdier med desimal ble det bestemt at en midtverdi, normalt svar 3, ikke nødvendigvis betydde en «usikker» verdi siden det kunne være eksemplvis 2.7 eller 3.2. Dette hadde gjort det uhensiktsmessig å fjerne midtverdien.

Tabellen viser en jevnt over høy svarprosent på «enig» på målet «indre motivasjon», der helsefagarbeider (83%) var mest indre motivert, og vernepleier (75%) lavest av de tre. Sykepleiere (65%) opplevde mest stress og effektivisering. Vernepleiere og helsefagarbeidere svarte nøytralt (50%). Alle tre gruppene svarte rundt 90% på høy mestringstro. Sykepleiere hadde større grad av samarbeid med kollegaer (91%) enn vernepleiere (69%).

**Tabell 4.8** Deskriptiv faktor og yrkesgruppe

	Helsefagarbeider (n = 137)		Sykepleier (n = 299)		Vernepleier (n = 223)	
	Uenig	Enig	Uenig	Enig	Uenig	Enig
«Indre motivasjon»	23 (17%)	114 (83%)	66 (22%)	233 (78%)	56 (25%)	167 (75%)
«Effektiviseringspress»	69 (50%)	68 (50%)	105 (35%)	194 (65%)	111 (50%)	112 (50%)
«Involvering på arbeidsplassen»	67 (50%)	70 (51%)	136 (46%)	163 (55%)	122 (55%)	101 (45%)
«Mestringstro»	13 (10%)	124 (91%)	31 (10%)	268 (90%)	23 (10%)	200 (90%)
«Samarbeid med kollegaer»	21 (15%)	116 (85%)	28 (9%)	271 (91%)	69 (31%)	154 (69%)

*Notat.* N = 659. Slått sammen sammensatte mål i «svært uenig/uenig» (1-3) og «enig/svært enig» (3-5).



## 4.4 Regresjon

Det ble kjørt en hierarkisk regresjon, med «Indre motivasjon» som avhengig variabel (Tabell 4.9 Hierarkisk regresjon). Modellen med de fire sammensatte målene forklarte 38% av variansen i indre motivasjon ( $R^2 = .38$ ). Siden spørreskjema er konstruert til denne undersøkelsen legges de resterende indikatorene til i analysen for å se om dette øker forklaringskraften. Dette øker forklaringsprosenten med 11% ( $\Delta R^2 = .11$ ), og modellen forklarer da 50% av variansen i indre motivasjon ( $R^2 = .50$ ).

Regresjonsmodellen hadde en signifikant effekt på «Indre motivasjon»,  $F(15, 643) = 45.14, p < .001$ . «Effektiviseringspress» hadde størst effekt på «Indre motivasjon» ( $\beta = -.27, p < .001$ ) kontrollert for de andre variablene. Denne effekten var signifikant negativ. Av indikatorene inkludert i blokk 2 hadde «Jeg får brukt kompetansen min» en signifikant positiv effekt på «Indre motivasjon» kontrollert for de andre variablene ( $\beta = .21, p < .001$ ).

**Tabell 4.9** Hierarkisk regresjon

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>t</i>	$R^2$	$\Delta R^2$
<b>Blokk 1</b>					.38**	
«Effektiviseringspress»	-0.23	0.03	-.27**	-7.18		
«Involvering på arbeidsplassen»	0.22	0.04	.22**	5.29		
«Mestringstro»	0.13	0.04	.10*	3.17		
«Samarbeid med kollegaer»	0.16	0.04	.14**	4.26		
<b>Blokk 2</b>					.50**	.11**
«I løpet av en vanlig arbeidsdag er det stort fokus på å jobbe så effektivt som mulig»	-0.05	0.03	-.06*	-1.97		
«I løpet av en vanlig arbeidsdag jobber jeg litt før arbeidstiden min begynner»	0.04	0.02	.07*	2.28		
«I løpet av en vanlig arbeidsdag jobber jeg litt etter arbeidstiden min er ferdig»	0.03	0.02	.04	1.14		
«Jeg får brukt kompetansen min»	0.18	0.03	.21**	6.56		
«Arbeidsplassen min lytter ikke til forbedringsforslagene mine»	0.04	0.03	.05	1.35		
«Jeg har fokus på å lære når jeg er på jobb»	0.19	0.03	.15**	4.37		
«Jeg ser etter måter å gjøre jobben min bedre på»	0.04	0.04	.03	.93		
«Jeg informerer lederen min om mulige forbedringer jeg ser»	0.09	0.03	.02	.53		
«Jeg ønsker å forbedre praksisen på arbeidsplassen min»	-0.04	0.04	-.04	-1.19		
«Jeg gjør kun det jeg blir bedt om å gjøre»	-0.09	0.03	-.10**	-3.34		
«Jeg gjør arbeidet mitt uten å stille spørsmål»	-0.07	0.02	-.10**	-3.32		

*Notat.* Hierarkisk regresjon med to blokker,  $N = 659$  \*\* $p < .001$ . \* $p < .05$

## 4.5 Oppsummering av funn

Formålet med undersøkelsen var å finne ut hvordan effektiviseringen av helsesektoren påvirker ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid. Utvalget viste seg å ha en representativ kjønnsfordeling på tvers av de tre yrkesgruppene. Det var flest sykepleiere (45%), deretter vernepleiere (34%) og færrest helsefagarbeidere (21%). Tabell 4.3 viser at sykepleiere rapporterer oftere å ikke ha tid til å sette seg ned for å spise, og 27% av sykepleierne svarer de ikke har tid til å gå på toalettet i løpet av en vanlig arbeidsdag. Alle gruppene svarer under 40% på at de i løpet av en vanlig arbeidsdag rekker å gjøre alle arbeidsoppgavene. Sykepleiere stresser mest av de tre for å rekke alle arbeidsoppgavene og har en større andel som rapporterer å ha mer å gjøre enn de rekker. Alle tre rapporterer et høyt tidspress, men sykepleiere i størst grad med 76%. Sykepleiere og helsefagarbeidere rapporterer i større grad enn vernepleiere å ha et stort fokus på å jobbe så effektivt som mulig. Tabell 4.4 Viser at alle tre gruppene opplever tilstrekkelig kompetanse til å utføre egne arbeidsoppgaver, og alle tre svarer rundt 67% på at de alltid klarer arbeidsoppgavene. Ingen av gruppene opplever å være underkvalifisert for jobben. Tabell 4.5 viser at alle tre yrkesgrupper ønsker å forbedre praksisen på egen arbeidsplass, men arbeidsplassen tar beslutninger uten å involvere de ansatte. Sykepleiere rapporterte i større grad at arbeidsplassen ønsker forbedringsforslag, og at arbeidsplassen oppfordrer til faglig utvikling. Alle tre gruppene har fokus på å lære når de er på jobb.

Det ble kjørt en PCA-faktoranalyse på indikatorene som ga fem faktorer, der «indre motivasjon» hadde sterkest faktorladninger og høyest reliabilitet. Det ble undersøkt for korrelasjoner mellom de fem faktorene (tabell 4.7) Det var forventet at effektiviseringspress og indre motivasjon hadde størst negativ sammenheng, men det viste seg at «involvering på arbeidsplassen» og «indre motivasjon» hadde sterkere sammenheng. Begge korrelasjonene var signifikante. Av de tre yrkesgruppene skåret helsefagarbeidere høyere på «indre motivasjon» (83%), enn sykepleiere (78%) og vernepleiere (74.9%), se tabell 4.8. Sykepleiere opplevde mest «effektiviseringspress» (65%). Alle tre gruppene rapporterte høy mestringstro med over 90%.

En hierarkisk regresjon ble benyttet for å undersøke påvirkning. Denne hadde indre motivasjon som avhengig variabel, og de fire resterende sammensatte målene som uavhengige variabler i blokk 1 (tabell 4.9). Denne modellen hadde en signifikant forklaringskraft på 38%, der «effektiviseringspress» hadde den største effekten på indre motivasjon. Denne effekten var negativt lav, men signifikant. Litt lavere effekt hadde «Involvering på arbeidsplassen», denne var signifikant positiv. Det var forventet at «mestringstro» skulle ha en moderat positiv effekt på indre motivasjon, men denne var signifikant lav. Blokk 2 inkluderte indikatorene som ikke ble inkludert i noen sammensatte mål. Dette økte forklaringseffekten til 50%, denne var også signifikant. Indikatoren «jeg får brukt kompetansen min» hadde en signifikant positiv effekt på indre motivasjon tilsvarende «involvering på arbeidsplassen».

## 5 Diskusjon

Dette kapittelet vil se på funnene fra undersøkelsen opp mot teori og empiri, og bruke dette til å belyse forskningsspørsmålet «hva har effektiviseringen av helsesektoren å si for ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid?». Hvordan effektiviseringen av helsesektoren endrer arbeidshverdagen er et omfattende spørsmål, noe som gjenspeiler påvirkningen den har på helsepersonell. Derfor ble det valgt å spisse forskningsfeltet ved å fokusere på hvordan effektiviseringen påvirker motivasjonen for innovasjonsarbeid hos de ansatte. Likevel er dette begreper som er sammensatte og kontekstavhengige. Fem sammensatte mål er valgt ut for å forsøke å forklare dette; «Indre motivasjon», «Effektiviseringspress», «Innovasjon på arbeidsplassen», «Mestringstro» og «Samarbeid med kollegaer». Det er også valgt ut noen konkrete indikatorer fra spørreskjema for å tydeliggjøre elementer ved «Effektiviseringspress», «Innovasjon på arbeidsplassen» og «Mestringstro». Diskusjonskapittelet er strukturert tematisk etter forskningsspørsmålet. Det vil si kapittelet starter med en diskusjon rundt effektiviseringen av helsesektoren. Deretter er et avsnitt rundt kompetanse, mens siste del handler om innovasjon. Motivasjon vil prege alle de tre avsnittene, og diskusjon fra resultatene fra undersøkelsen vil også trekkes inn ved relevans på tvers av avsnittene.

### 5.1 Effektiviseringspress

Effektiviseringspress referer til opplevelsen av å bli presset til å arbeide mer effektivt. Dette sammensatte målet består av indikatorer som opplevd stress, samt tidspress i form av å ha flere arbeidsoppgaver enn tid (tabell 4.6). Opplevelsen av effektivitetspress var størst hos sykepleiere. Dette stemmer overens med flere utsagn fra sykepleiere (Larsen, 2021; Schumacher, 2022), samt med konklusjonen fra Helsepersonellskommisjonens rapport (NOU 2023: 4). Hvordan effektiviseringspress arter seg ulikt på den enkelte arbeidsplass. Et sykehus vil ha større fokus på medisinske prosedyrer og utskrivning fra sengepost (NOU 2009: 47), og grunnet størrelsen muligens ha mindre involvering av ansatte enn de andre arbeidsplassene. I hjemmesykepleien preges effektiviseringen i større grad av tidsbruk, der målet er å ikke gå utover tildelt tid hos hver pasient (Helmets et al., 2021). På bo- og aktivitetstilbud flytter beboere inn når det er behov for bistand utover det omsorgspersonene kan gi, og beboerne bor ofte her frem til sykdom og behov for sykehjem. Derfor mottar sykehjem pasienter både fra sykehus, hjemmesykepleien og bo- og aktivitetstilbud, og tar vare på beboere resten av deres liv. Effektiviseringspresset vil derfor trolig variere stort fra sykehus og hjemmesykepleie hvor tidsbruk og antall i stor grad vektlegges, mens effektiviseringspress på sykehjem og bo- og aktivitetstilbud kan gå mer på arbeidsfordeling og arbeidsmiljø for å beholde beboerne lengt mulig (NOU 2009: 47; NOU 2023: 4).

#### 5.1.1 Samfunn

Viktigheten av rett kompetanse på rett sted ble fastslått i Helsepersonellskommisjonens rapport som løsningen på mangelen på helsepersonell i de kommende årene (NOU 2023: 4). Dette er en ny vinkling på effektiviseringen av sektoren sammenlignet med eksempelvis sykehusreformen. Sykehusreformen bar preg av ny offentlig styring (NPM), der det var fokus på styring og kostnadsmaksimering på helseforetakene (Norges

forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007). Dette kan ha vært med å bidra til bemanningsutfordringene og stresset helsepersonell i dag opplever (Helmers et al., 2021; Reisæter, 2018). Det kan argumenteres for at dette fokuset på kostnader og inntekter gjorde helsepersonell mer ytre motivert, og i tråd med kognitiv evalueringsteori derfor også mindre indre motivert (Deci & Ryan, 1985). Reformen hadde ikke som mål å gi den enkelte pasient best mulig tilbud, men heller å arbeide så effektivt som mulig så pasienter kan skrives ut og gi rom for nye pasienter. Med andre ord kan dette bety at sykepleiere ikke har fokus på å gi best mulig pleie for pasienten, men heller å få skrevet ut pasienter så fort som mulig. Om ledelsen på et sykehus gir en sykepleier ros for å bruke kortere tid inne hos en pasient enn en kollega, vil dette bety at denne sykepleiere kan nå over flere pasienter på én vakt og dermed gjøre mer for samme lønn. Om en helsefagarbeider dropper lunsj en dag vil han rekke over mer enn kollegaen som tar en lunsjpause, noe som gjør at han rekker innom flere pasienter. Bortsett fra å gi et bilde av høyere arbeidskapasitet enn realiteten, vil dette trolig gå utover kvaliteten av pleien som gis; men siden kvaliteten ikke like enkelt lar seg måle øker arbeidsoppgavene og tidspresset mens kvaliteten potensielt går ned.

### 5.1.2 Standardisering

En måte å måle effektivisering på er gjennom kvantifisering og standardisering. Dette kan være et økt fokus på inntekt, utgifter, antall pasienter eller antall minutter per pasient (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007; Schumacher, 2022). Standardisering av praksis kan være med å sikre lik utførelse og kvalitet på tvers av kommuner og arbeidsplasser, samtidig som det blir enklere å måle og sammenligne arbeidet som utføres (Håland & Melby, 2017; Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007). Dette er ofte foretrukket i helsesektoren, da det skal kunne dokumenteres om tiltak har en effekt samt at bevilgning av midler baseres på dokumentert behov (Riksrevisjonen, 2016). Et eksempel er autorisasjonsordningene til den utvalgte gruppa helsepersonell som er med i denne studien. Ved å få autorisasjon bekreftes det at personen har tilstrekkelig formell kompetanse, samt erfaring fra ulike arbeidsplasser i praksis (NOU 2023: 4). Utfordringene kommer ofte når standardiseringer gjøres på arbeid som er kontekststøttet, eller som har påvirkningsfaktorer som ikke fanges opp i datamaterialet. Helsesektoren trekkes ofte frem som eksempel på effektivisering gjennom standardisering (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007; Schumacher, 2022). Hjemmesykepleien er kjent for å ha et satt antall minutter inne hos hver pasient, hvor de kun har tid til å gjøre de arbeidsoppgavene som er satt opp i forkant av besøket (Gjevjon, 2020). Dette er utførende da arbeid med mennesker er personspeifikke, og kan variere stort etter behovet pasienten har på daværende tidspunkt. Tiden og arbeidsoppgavene reguleres basert på dokumentasjon helsepersonellet utfører i etterkant av besøket, noe som kan gjøre at endringer ikke gjøres tidnok og pasienten må sendes på sykehus eller sykehjem (Næss et al., 2017; Schumacher, 2022)

### 5.1.3 Deltid

En gjentakende konsekvens av kostnadsbesparelser i effektiviseringsprosesser er ansettelse i reduserte stillinger. Helsesektoren preges av mange deltidsansatte, og er ifølge KS's sysselsettingsundersøkelse av heltidsansatte i kommunesektoren den sektoren med flest deltidsansatte (KS, 2023). Denne undersøkelsen har ulike tabeller, der tall fra 2022 viser at det innen «helse, pleie og omsorg» uten turnus er 44% i heltidsstilling, mens det tilsvarende i turnus er 32%. Tallene dekker alle kommuner og

fylkeskommuner, begge kjønn og uspesifisert utdanning og yrkesgruppe. Disse tallene er høyere enn tallene fra studien til denne oppgaven hvor totalt 64% jobbet fulltid (tabell 4.2). Spesifisert jobbet sykepleiere i denne studien 59% og helsefagarbeidere kun 49% fulltid, noe som er betydelig lavere for både sykepleiere som snittet på 89% og helsefagarbeidere som snitter på 79% (Røsvik et al., 2023). Likevel rapporterte 45% av alle respondentene i denne oppgavens studie å ha jobbet overtid den siste måneden, noe som tyder på et bemanningsbehov.

#### 5.1.4 Bemanningsutfordringer - statistikk fra KS og Sykepleien

En måte å spare på utgifter på er å ha færre ansatte på jobb. Om én ansatt kan gjøre arbeidet som nå gjøres av to, vil dette frigjøre arbeidskraft til å brukes andre steder på arbeidsplassen. I tillegg koster kompetanse, regulert gjennom arbeidsmiljøloven og tariffavtaler for å sikre lønn for kompetansen til de ansatte (Arbeidstilsynet, 2023). Dette har ført til et bemanningsproblem i helsesektoren, spesielt blant sykepleiere. I kommunesektorens arbeidsgivermonitor (KS, 2021) kom det frem at over 85% av kommunene ( $n = 181$ ) rapporterte rekrutteringsutfordringer av sykepleiere som meget eller ganske utfordrende. Vernepleiere hadde de omtrent 50% rekrutteringsutfordringer med, mens helsefagarbeidere var kun 25%. Av yrkesgruppene med i studien ( $n = 22$ ) var sykepleiere på topp, vernepleiere på fjerdeplass, mens helsefagarbeider på syvende plass. Dette støttes opp av en undersøkelse gjort av Sykepleien (Helmers et al., 2021) som fant at nesten tre av fire sykepleiere som er ansatt i kommunehelsetjenesten har vurdert å slutte det siste året. Undersøkelsen ( $N = 1188$ ) er registrerte medlemmer av Norsk Sykepleierforbund og ansatte i kommunehelsetjenesten (Helmers et al., 2021). På spørsmål om de det siste året har vurdert å slutte svarte 72% ja ( $n = 850$ ). På spørsmål om påvirkningsfaktorer er for lav bemanning på førsteplass (70%), lønn på andreplass (64%) og psykisk (59%) og fysisk (57%) belastning deretter. Relatert til kompetanse svarte 51% at det var lite tid til faglige diskusjoner med kollegaer, og 25% svarte at arbeidsoppgavene var lite faglig tilfredsstillende.

Ved å sammenligne funne fra Sykepleien (Helmers et al., 2021), kan det trekkes linjer mellom bemanningsutfordringer og effektivitetspress. Ved å se på tabell 4.9 opplever 65% av sykepleiere et effektiviseringspress, noe som er høyere enn både vernepleiere (50%) og helsefagarbeidere (50%). I undersøkelsen gjort til denne masteroppgaven samsvarer det at sykepleiere generelt opplever å ha for mye å gjøre og ikke strekke til sammenlignet med vernepleiere og helsefagarbeidere (tabell 4.3). Interessant nok svarte 59% av sykepleierne ( $n = 850$ ) i undersøkelsen til Sykepleien (Helmers et al., 2021) at en faktor for å slutte var psykisk belastning. I undersøkelsen til denne masteroppgaven svarte 28% av sykepleierne ( $n = 299$ ) at de var stresset ved tanken på å dra på jobb, men 63% stresser for å rekke alle arbeidsoppgavene og 76% rapporterer et høyt tidspress på en vanlig arbeidsdag (tabell 4.3). Dette hemmer trolig læring og trivsel gjennom et svært kontrollert arbeidsmiljø med lite autonomi, noe som kan svekke motivasjon (Deci et al., 2017).

#### 5.1.5 Stress

Helsesektoren preges av et høyt stressnivå. Det høye stressnivået fører til at helsepersonell som har opplevd en høy grad av indre motivasjon og mestring i arbeidet har valgt å slutte (Reisæter, 2018). Årsaken til at en person stresser vil variere fra kontekst samt individuelle faktorer som motstandsdyktighet mot stress (Dewe et al., 2012). Tabell 4.3 viser at sykepleiere rapporterer oftere å ikke ha tid til å sette seg ned for å spise, og 27% av sykepleierne svarer de ikke har tid til å gå på toalettet i løpet av

en vanlig arbeidsdag. I tråd med to-faktorteorien til Herzberg vil ikke lunsjpause eller toalettpauser heve motivasjon, da de er å anse som hygienefaktorer (Kaufmann & Kaufmann, 2015). Med andre ord svekker dette trivselen, og derfor også trolig motivasjon. Videre svarer alle gruppene under 40% på at de i løpet av en vanlig arbeidsdag rekker å gjøre alle arbeidsoppgavene. Sykepleiere stresser mest av de tre for å rekke alle arbeidsoppgavene og har en større andel som rapporterer å ha mer å gjøre enn de rekker. Alle tre rapporterer et høyt tidspress, men sykepleiere i størst grad med 76%. Hvorvidt dette svekker motivasjonen hos den enkelte er ikke mulig å si, men i samsvar med selvbestemmelsesteorien er det sannsynlig at kontrollen og mangelen på autonomi styrker ytre motivasjon og potensielt svekker indre (Gagné & Deci, 2005). Sykepleiere og helsefagarbeidere rapporterer i større grad enn vernepleiere å ha et stort fokus på å jobbe så effektivt so mulig. Dette stresset kan også føre til både sykemeldinger og i verste fall utbrenthet, og er en av årsakene til at flere erfarne sykepleiere har valgt å slutte i yrket (Ertesvåg, 2023; Reisæter, 2018). Dette var også en av årsakene til at flere sykepleiere hadde vurdert å slutte det siste året (Helmers et al., 2021).

De siste årene har helsepersonell kommet frem med sine opplevelser av effektiviseringen og konsekvensene den har for antall ansatte på jobb. Det fortelles om tilkallingsvikarer helt ned i 15-årsalderen som jobber på sykehjem uten opplæring, og med en opplevelse av å ikke gjøre en forsvarlig jobb (Halvorsen, 2018). De beskriver en arbeidshverdag med for få ansatte (Fonn & Hofstad, 2021), for få ansatte med nødvendig kompetanse (Tuset & Melbø, 2023), og ofte kun én sykepleier på jobb på avdelingen eller på hele sykehjemmet (Helmers et al., 2021). Videre beskrives det også for lite tid til kompetansedeling gjennom faglig diskusjoner med andre sykepleiere på jobb (Helmers et al., 2021).

### 5.1.6 Sykepleiere opplever mest stress

Sykepleiere har i mange år hatt et stort fokus på arbeidsbelastningen yrket har og de rammebetingelsene arbeidsplassen gir. Dette resulterte i 1989 igjennom det såkalte «Loen-vedtaket» på landsmøtet til Norsk Sykepleierforbund der de vedtok et mål om at kun sykepleiere skal jobbe med pasientpleie på sykehus (Slørdal, 2022). Uten å trekke noen slutninger til hva som kan føres tilbake til dette vedtaket, så var det både flest sykepleiere i denne undersøkelsen og 73% av sykepleierne som svarte jobbet på sykehus (tabell 4.1). Konsekvensen av effektiviseringstiltak er ofte beskrevet av helsepersonell som stressende med økt tidspress (Helmers et al., 2021). Undersøkelsen til denne studien fant at sykepleiere i større grad rapporterte stress enn vernepleiere og helsefagarbeidere (tabell 4.3). Dette var gruppen som i størst grad rapporterte å ikke ha tid til å sette seg ned for å spise, og hvor det var så mange som 27% som ikke rakk å gå på toalettet i løpet av arbeidsdagen. Dette stemmer overens med det sykepleiere selv rapportere i fagartikler (Hofstad, 2022; Schumacher, 2022) og i mediene (Sundvor, 2023). Av sykepleiere rapporterte 67% også at de har mer å gjøre enn det de rekker, og opplever et høyt tidspress. Sykepleiere rapporterte at 50% ikke rekker alle arbeidsoppgavene i løpet av en arbeidsdag, og 67% svarte de har mer å gjøre enn det de rekker. Videre svarte 76% at de har et høyt tidspress. Sykepleiere skåret høyest på effektiviseringspress med 65%. Dette kan sammenfalle med at de fleste av sykepleierne jobber på sykehus (73%), hvor det ofte er høyere tempo og generelt mer å gjøre (Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement, 2007).

## 5.2 Kompetanseutvikling

Effektene av effektivisering og besparelser går direkte utover kompetansen til de ansatte, der flere sykehus i landet ikke sender ansatte på kurs for å spare penger (Kosalka, 2022; Sæther et al., 2023). De nevner videre at god og høy kompetanse faktisk kan spare penger, siden leger nå ofte ender med å gjennomføre unødvendige og kostbare undersøkelser for å sikre riktig diagnose eller behandling (Sæther et al., 2023). Ved å ikke tilrettelegge for kompetanseheving risikerer helsepersonellet å ikke ha tilstrekkelig kompetanse til utføre arbeidet på arbeidsplassen når nye teknologier og problemstillinger oppstår. Dette kan føre til svekket mestringstro (Bandura, 1978), som igjen er korrelert med svekket indre motivasjon (Deci et al., 1999; Gagné & Deci, 2005).

I diskusjonen om hvem som er ansvarlig for å opprettholde kompetansen på arbeidsplassen er svaret både arbeidsgiver og arbeidstaker. De yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere pålegger ansvar for egen praksis, og i den forbindelse å være oppdatert faglig samt bidra i utviklingen av fagfeltet (Norsk Sykepleierforbund, 2023). På den andre siden må arbeidsgiver legge til rette for kompetanseutvikling i arbeidstiden. Denne studien viser at spesielt sykepleiere har en arbeidsgiver som ønsker å få forslag til forbedringer (tabell 4.5). Likevel svarer nesten 40% av sykepleiere at arbeidsgiveren ikke lytter til forslagene de måtte komme med. Dette underbygger viktigheten som involvering på arbeidsplassen har for motivasjon når det kommer til innovasjonsarbeid, som trukket frem i selvbestemmelsesteorien av Gagné og Deci (2005).

### 5.2.1 Tiltak for kompetanse

For å tiltrekke flere nyutdannede har flere kommuner benyttet seg av ulike kreative løsninger, som bistand til nedbetaling av studielån (Korneliussen & Evjen, 2023) eller å betale praksisstudenter for to timer mer enn de jobber (Hatlo et al., 2023). Rekruttering til helsesektoren har lenge vært vektlagt i politiske diskusjoner og stortingsmeldinger (Meld. St. 26 (2014-2015); Meld. St. 29 (2012-2013)). Dette bunner ikke bare i et stort behov på arbeidsmarkedet, men i forlengelse også et stort behov for å formalisere kompetanse hos ansatte gjennom fagbrev eller studiepoeng (Meld. St. 14 (2019-2020)). Dette er derimot ikke alltid enkelt, spesielt når effektiviseringen og det høye antallet deltidsstillinger hindrer lærevillige studenter i å få nok timer for å få fagbrevet (Bjerke, 2022). Arbeidsgiver må derfor selv også tilrettelegge for læring og utvikling av kompetansen den ansatte har når motivasjonen er der. Siden denne undersøkelsen begrenset utvalget til autorisert helsepersonell fanger ikke den opp realkompetanse hos assistenter som ønsker å formalisere denne. Likevel viser undersøkelsen at rundt 85% av alle respondentene har fokus på å lære når de er på jobb (tabell 4.5). Med lærevillige arbeidstakere og en moderat signifikant korrelasjon mellom indre motivasjon og involvering på arbeidsplassen er det sentralt at arbeidsplassene styrker medvirkningen hos alle tre yrkesgrupper. Helsefagarbeidere opplever å bli nedprioritert fremfor sykepleiere (Flakstad, 2022), til tross for at Helsepersonellskommisjonen (NOU 2023: 4) anbefaler å øke antallet helsefagarbeidere inn i stillinger fremfor sykepleiere (Tuset & Melbø, 2023).

#### 5.2.1.1 Sykepleieroppgaver gis til helsefagarbeidere

Helsepersonell, spesielt sykepleiere, rapportere ofte at de har for mange arbeidsoppgaver i forhold til tiden de har (Larsen, 2021). Det er noen arbeidsoppgaver som kun kan utføres av sykepleiere eller vernepleiere, andre kan gjøres av helsefagarbeidere og i noen tilfeller ufaglærte. Likevel ender ofte sykepleiere opp med å utføre arbeidsoppgaver som

kan gjøres av andre (Larsen, 2021). Når det tidvis kun er én sykepleier på et helt sykehjem vil det naturlig ikke være tid til å gjennomføre alle arbeidsoppgavene. Derfor ønsker nå Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023: 4) å overføre flere av oppgavene som i dag kun gjøres av sykepleiere over til helsefagarbeidere. Dette gjelder spesielt ved sykehusene, der det de siste årene har blitt flere sykepleierstillinger og færre helsefagarbeider og ufaglærte (Tomter, 2023). Flere steder har allerede overført flere arbeidsoppgaver til helsefagarbeidere (Dolonen, 2022; Slørdal, 2022). Sykehuset i Østfold har satt fokus på kompetanseheving ved å ha opplæring av helsefagarbeidere til å gjøre arbeidsoppgaver som tidligere kun ble gjort av sykepleiere (Geard, 2023; Slørdal, 2022). Dette innebærer blant annet å ta blodprøver og å sette inn venflon. Denne kompetansehevingen er standardisert ved egne mål gjennom en kompetanseplan (Slørdal, 2022). Dette gir helsefagarbeiderne sertifisering, som årlig må resertifiseres for å sikre god nok kompetanse til enhver tid.

## 5.3 Innovasjonsarbeid

En av tankene bak denne masteroppgaven er at effektivisering i seg selv ikke er noe negativt for den enkelte ansatte, men at helsesektoren preges av effektiviseringstiltak som er det. Ved å anerkjenne kompetansen til de ansatte og involvere de i forbedringsarbeid kan resultatene være en mer effektiv arbeidshverdag hvor den enkelte ansatte får brukt egen kompetanse mer effektivt. Undersøkelsen til denne masteroppgaven viser at alle tre yrkesgrupper opplever å ha tilstrekkelig kompetanse, og i stor grad mestre egne arbeidsoppgaver (tabell 4.4). Tilsvarende har de høy mestringstro (tabell 4.8). Det vil si at utfordringene rundt innovasjonsarbeid og involvering av ansatte ikke er grunnet ansattes egen opplevelse av å ikke være kompetent. Tvert imot opplever de ansatte større grad av indre motivasjon når de får brukt egen kompetanse og når de involveres i forbedringsarbeid på arbeidsplassen (tabell 4.9).

### 5.3.1 Gjør innovasjonsarbeid riktig

Det finnes mye litteratur som viser de negative konsekvensene av effektivisering i helsesektoren, men så er det også noen som har gjort dette vellykket. En som involverte de ansatte i stor grad er Synnøve Johansen ved et sykehjem i Bodø (Hofstad, 2021). Her gjorde sykepleiere arbeidsoppgaver som ikke var nødvendig at en sykepleier gjorde, som vasking av klær, matlaging, vasking av gulv og pynting til høytider. Her tok ledelsen tak og kartla sammen med de ansatte hvilke arbeidsoppgaver de utførte. To sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter gikk sammen med ledelsen for å se hvilke arbeidsoppgaver de enkelte yrkesgruppene gjorde. Ved å få en farget post-it lapp hver, skrev de ned arbeidsoppgavene tilsvarende egen stilling. Deretter satte de disse lappene opp på en vegg etter hvem de mener arbeidsoppgavene egentlig tilhører. Det kom da frem at mange arbeidsoppgaver gjort av helsepersonell kunne gjøres av ufaglærte, og på den måten bruke kompetansen bedre. Resultatet av dette var at det heller er en sykepleier på bygget som gjør kompetansekrevene arbeid, mens assistene gjør annet arbeid. Dette er sykepleierne fornøyd med, og sykefraværet gikk ned. Ved å involvere de ansatte fikk de både eierskap til løsningen, samtidig som de selv erfarte behovet for endring. Dette øker både læringsutbytte og trivselen, samtidig som det er med å danne en kultur for innovasjonsarbeid på arbeidsplassen (Lindland, 2019).

Hjemmesykepleien kjennetegnes i stor grad av standardisering gjennom tilmålt tid per pasient (Gjevjon, 2020; Schumacher, 2022). Siden hjemmesykepleien drar hjem til pasientene er det mange faktorer som kan påvirke tiden hver pasient har fått tildelt.



Eksempler kan være trafikk til og fra en pasient, endret helsetilstand hos pasienten eller uforutsette utfordringer som et fall eller hygieneuhell hos pasienten. Dette kan være en av årsakene til at det er færrest respondenter fra hjemmesykepleien i undersøkelsen til denne masteroppgaven (tabell 4.1). Det kan være mange årsaker til at det ikke er flere respondenter fra hjemmesykepleien, der en kan være nettopp høy grad av tidspress grunnet effektivisering. Når formålet er å jobbe effektivt innebærer dette også å gjennomføre det arbeidet som er satt opp hos den enkelte pasient, noe som tidvis kan være utfordrende av ulike årsaker. Hvis arbeidsgiver tilrettelegger for innovasjonsarbeid, kan kompetansen til helsepersonell forbedre både praksis og gi bedre resultater fremover. Dette viste en hjelpepleier ved å vaske hele leiligheten til en pasient som nektet henne å utføre nødvendig stell og undersøkelser (Gjevjon, 2020). Ved å gjøre dette innovasjonsarbeidet, som per definisjonen til Amble et al. (2020) er innovasjon gjennom å endre konteksten, fikk hun tilliten til pasienten noe som gjorde hun fikk gjennomført arbeidet. Dette kan vise hvordan handlingsrom der den ansatte har mulighet til å se etter forbedringsmuligheter, bruke egen kompetanse samt ha tillit fra ledelsen kan skape bedre prosesser.

## 6 Konklusjon og begrensninger

Formålet med denne masteroppgaven var å undersøke hva effektiviseringen av helsesektoren betyr for ansattes motivasjon for innovasjonsarbeid. Det ble valgt et kvantitativt forskningsdesign for å undersøke effekter og påvirkninger effektiviseringen kan ha. Spørreskjema som ble konstruert ble laget basert på tidligere forskning og antakelser, noe som var gjort bevisst for å samle data om et svært aktuelt tema på en annen måte enn det som er gjort før. Dette gjorde at det ble samlet en god mengde data som gir innsikt i en yrkesgruppe som preges stort av effektiviseringen. Dette kapittelet vil avslutte min studie, og vil starte med en oppsummering av mine funn. Deretter gjennomgår jeg noen refleksjoner samt begrensninger med studien. Avslutningsvis vil jeg legge frem muligheter for videre forskning.

### 6.1 Oppsummering av mine funn

Totalt 659 respondenter deltok i studien, med flest sykepleiere (45%), deretter vernepleiere (34%) og færrest helsefagarbeidere (21%). Det ble kjørt en PCA på alle indikatorene, som endte med fem sammensatte mål som alle hadde god eller respektabel reliabilitet. En korrelasjonsanalyse mellom de sammensatte målene viste en svak signifikant sammenheng mellom målet «involvering på arbeidsplassen» og «indre motivasjon». For å undersøke om målet «effektiviseringspress» hadde en effekt på målet «indre motivasjon» ble det kjørt en hierarkisk regresjon med de fire sammensatte målene som uavhengige variabler og «indre motivasjon» som det avhengige i blokk 1, og de resterende indikatorene i blokk 2. Modellen forklarte 50% og var signifikant, med «effektiviseringspress» som den sterkeste påvirkninger. Denne var signifikant svak.

Hvordan effektiviseringen av helsesektoren påvirker motivasjonen for innovasjonsarbeid hos sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere er omfattende. Yrkesgruppen opplever et stort arbeidspress og fokus på effektivt arbeid, ofte grunnet underbemanning. Til tross for dette virker det som motivasjonen for læring er stor. Både funnen fra min egen studie og fra yrkesgruppen selv i ulike intervjuer og kronikker tilsier et ønske om å lære på arbeidsplassen. Videre virker ønsket om å forbedre praksisen, i denne oppgaven kalt innovasjonsarbeid, også å være stort. Yrkesgruppen virker som en gruppe som brenner for yrket, og som ønsker å utføre sitt arbeid så godt som mulig. Indre motivasjon preger yrkesgruppen i stor grad, noe det sammensatte målet for indre motivasjon også viser. Likevel virker det som effektivitetspresset ikke svekker motivasjonen, men heller flytter den over fra indre til ytre. I samsvar med selvbestemmelsesteorien utøver arbeidsgiver mer kontroll og gir de ansatte mindre autonomi, noe som kan føre til mer ytre motivasjon enn indre. Dette gjør at denne masteroppgaven fant at effektiviseringen av helsesektoren har større effekt på hvorvidt innovasjonsarbeid blir utført, fremfor en effekt på motivasjonen for arbeidet. Helsepersonellet er motiverte for å gjøre en god jobb, men effektivitetspresset og stresset dette medfører gjør at kvaliteten i arbeidet blir dårligere og helsen til de ansatte svekkes. Derfor konkluderer denne masteroppgaven det samme som Helsepersonellskommisjonen (NOU 2023: 4); for å ta vare på en samfunnskritisk yrkesgruppe må fokuset ligge på å heve og utnytte kompetansen deres, for motivasjonen for å forbedre egen praksis er der om de får muligheten.

## 6.2 Styrker og begrensninger

Problemstillingen jeg valgte er bred og inkluderer mye. Jeg ønsket opprinnelig å benytte både kvalitative og kvantitative metoder, der jeg ville supplere datamaterialet fra spørreskjema med intervjuer. Dette tror jeg ville gitt en dypere innsikt i konkrete arbeidsoppgaver ved arbeidsplassene, som kunne gitt en ekstra dimensjon til spørreskjema. Grunnet tid og ressurser ble det valgt å heller benytte ulike fagartikler og kronikker fra spesielt sykepleiere for å få innsikt i denne tematikken. Dette fungerte godt, men ga et mer ensidig blikk da majoriteten kommer fra sykepleiere.

### 6.2.1 Datainnsamling

Denne oppgaven bærer preg av selvstendige beslutninger som har hatt stor innvirkning på datamaterialet og derfor studien som helhet. Ved å konstruere et spørreskjema basert på tidligere forskning, aktualitet og egne erfaringer ble det samlet inn mye data på en litt annen måte enn ved bruk av tidligere validerte mål. Dette gjorde at datamaterialet ikke kan direkte sammenlignes med annen data, samtidig som den har målt et bredt spekter innenfor problemstillingen. Jeg vil argumentere for at dette gjorde datainnsamling unik i den grad at det samles inn data spesifikt for et svært aktuelt tema med spørsmål direkte relatert til noen av effektiviseringskonsekvensene. Videre kan lengden og formuleringer tale for et enkelt og interessant spørreskjema siden det ble samlet inn 659 svar på tre uker uten å bruke insentiver. Det er en mulighet for at de som besvarte spørreskjema, gitt hvor kort tid den var ute og måten det ble distribuert på, at de som svarte er ekstra engasjert i tematikken. Dette kan gjøre at det er personer med mer ansvar på jobb, noe som forklarer større grad av opplevd stress og mye å gjøre, samt personer som ønsker å lære og derfor kommer med mange forslag. Dette vil trolig også være personer som er svært motiverte i utgangspunktet, da personer som ikke er motivert for å jobbe eller engasjert kanskje ikke tok seg tid til å svare.

Når jeg ser tilbake på datainnsamlingen ser jeg at jeg fikk mye data som viste seg å være nyttig, men om jeg skulle gjort det igjen ville jeg endret på deler av det. Den største endringen ville vært knyttet til å redusere enten antall yrkesgrupper eller arbeidsplasser. Dette ville selvfølgelig begrenset utvalget, som var grunnen til at jeg valgte å ha tre yrkesgrupper og fire arbeidsplasser i utgangspunktet. Likevel tror jeg å kun fokusere på sykehus og sykehjem, eller sykehjem og hjemmesykepleie kunne gitt funn med sterkere effekter. Dette fordi arbeidsoppgavene vil variere stort på arbeidsplassene og ved å ha to arbeidsplasser ville det vært enklere å sette seg inn i hvordan de ulike arbeidsplassene jobber. Det vil selvsagt variere stort fra sykehus til sykehus også, men det vil da være enklere å generalisere arbeidsoppgaver. Videre ville det også kunne vært hensiktsmessig å inkludere flere spørsmål rundt effektivisering. Eksempelvis spørsmål rundt bemanning og antall kolleger på vakt med samme utdanning viser litteratur ville vært aktuelt (eksempelvis Helmers et al. (2021)).

### 6.2.2 Spørreskjema

Det er ulike begrensninger ved å konstruere et spørreskjema spesifikt til en studie uten tidligere validerte spørsmål. Det kan være utfordringer med validitet, ved at utsagn tiltenkt å måle et fenomen ikke nødvendigvis viser seg å faktisk måle dette (Ringdal, 2013). Siden psykologiske begrep som mestringstro, motivasjon og innovasjonsarbeid ikke lar seg måle direkte kan dette medføre målefeil. Spørsmålsformuleringer, selvrapportering og tolkning er alle med å utfordre validiteten (Langdridge, 2006). Dette var noe jeg var bevisst når jeg konstruerte det, og det er derfor det ikke ble aktuelt å

kun benytte én teori eller diskutere ett fenomen, men heller trekke inn elementer fra ulike teorier. Videre ble det brukt bekvemmelighetsutvalg, noe som påvirker generaliserbarheten siden jeg ikke kan kontrollere hvem som svarer. Under deskriptiv data hadde det vært hensiktsmessig å inkludere en definisjon på hva «overtid» defineres som; er det arbeid utover egen stilling, utover egen arbeidstid eller utover en fulltidsstilling? Her ville jeg også lagt ved et flervalgs-spørsmål om årsaken til overtid. Eksempelvis om det er grunnet sykemeldinger, nedbemanning eller relatert til manglende spisskompetanse. Jeg vurderte også å ha med et spørsmål om personen har gjort oppgaver tilhørende en annen yrkesgruppe, eksempelvis om sykepleiere også gjør helsefagoppgaver eller assistentoppgaver. Dette ville gitt god innsikt i bruk av kompetanse og ressurser, men ville gitt utfordringer med formulering og forklaringer, samt vanskelig å definere hva som tilhører de ulike yrkesgruppene i en anonym undersøkelse da dette vil variere fra arbeidsplass til arbeidsplass.

### 6.3 Egne refleksjoner og videre forskning

Utgangspunktet til denne masteroppgaven var å benytte et psykologisk perspektiv på effektiviseringstiltakene i helsesektoren og virkningen de har på de ansatte. Jeg hadde et pragmatisk utgangspunkt der jeg ønsket å lage et spørreskjema som fanget de inntrykkene og det kunnskapsgrunnlaget jeg selv hadde i forkant av masteroppgaven. Etter å ha gjennomgått litteratur og empiri, samt analysert eget datamateriale ser jeg at til tross for mange respondenter ville jeg ha fokusert på én eller to arbeidsplasser og ikke inkludert fire. Med tiden til rådighet ble det bestemt å ha med alle fire for å øke svarprosenten, men grunnet store variasjoner i både effektiviseringstiltak, arbeidsoppgaver og personalsammensetning gjorde det at det ble utfordrende å se konkrete effekter og påvirkning. Likevel fant jeg data jeg anser som viktig for sektoren, og muligens satte fokus på en samfunnsutfordring som ikke løses ved å ansette flere, men heller ved å øke kompetansen og utnytte ressursene de ansatte er bedre.

Dette er et forskningsområde som den siste tiden både har fått stor medieoppmerksomhet, samt politisk fokus. Videre forskning kan ha stor nytte av å gjennomføre en longitudinell studie på et utvalg arbeidsplasser med de valgte yrkesgruppene. Ved å gjennomføre en studie før og etter implementering, men ha fokus på hvordan de ansattes kompetanse kan bidra til effektivisering. Dette kan bidra i å måle effekten av de tiltakene som implementeres, samtidig som det potensielt kan bidra til å effektivisere helsesektoren uten at det går på bekostning av de ansatte. Siden dette er en tematikk som gjelder mange arbeidsplasser og som nå er blitt satt på den politiske agendaen, vil det være fordelaktig å fortsette å bruke kvantitative metoder videre. Siden statistikk lar seg etterprøve, og samtidig kan vise effekter er dette noe arbeidsgivere og politikere verdsetter.

# Referanser

- Amabile, T. M., Goldfarb, P. & Brackfield, S. C. (1990). Social influences on creativity: Evaluation, coaction, and surveillance. *Creativity Research Journal*, 3(1), 6-21. <https://doi.org/10.1080/10400419009534330>
- Amble, N., Amundsen, O., Rismark, M., Gabrielsen, I. M., Johansen, E. M., Stiklestad, S. S. & Waaler, S. (2020). *Medarbeiderdrevet innovasjon*. Gyldendal.
- Amdam, R. (2019). Klokskap og leiarskap i samarbeidsdriven innovasjon. I A. K. T. Holmen & T. Ringholm (Red.), *Innovasjon møter kommune* (s. 135-155). Cappelen Damm akademisk.
- Amundsen, O. & Rismark, M. (2020). Omsorgsarbeidere i ekspansivt læringsmiljø. I N. Amble, O. Amundsen & M. Rismark (Red.), *Medarbeiderdrevet innovasjon* (s. 62-74). Gyldendal.
- Arbeidstilsynet. (2023). *Arbeidsforhold: Lønn*. Hentet 27. mai fra <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/lonn/#:~:text=Tariffavtale,kunne%20v%C3%A6re%20bundet%20av%20avtalen>.
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 139-161. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Bjerke, M. (2022, 28. Okt). Hvordan skal deltidsansatte Victoria Thelise (23) klare å samle 8000 timer til fagbrevet? *Fagbladet*. <https://fagbladet.no/nyheter/hvordan-skal-deltidsansatte-victoria-thelise-23-klare-a-samle-8000-timer-til-fagbrevet-6.107.904677.24c8d39b1c>
- Bogsti, W. B., Struksnes, S. & Nordhagen, S. S. (2023, 05. Jan). Tre grep gir sykepleierstudentene gode erfaringer fra kommunehelsetjenesten. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2022/12/tre-grep-gir-sykepleierstudentene-gode-erfaringer-fra-kommunehelsetjenesten>
- Braut, G. S. (2023, 6. feb 2023). *hjelpere*. SNL. Hentet 15. Mai fra <https://sml.snl.no/hjelpeleier>
- Bryant, O. A. (2018). Employee Turnover in the Long-Term Care Industry using Herzberg's Motivation-Hygiene Theory. *International journal of academic research in business and social sciences*, 8(4). <https://doi.org/10.6007/IJARBSS/v8-i4/3997>
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation* [doi:10.1007/978-1-4613-4446-9]. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-4446-9>
- Deci, E. L., Koestner, R. & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>
- Deci, E. L., Olafsen, A. H. & Ryan, R. M. (2017). Self-Determination Theory in Work Organizations: The State of a Science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 19-43. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113108>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Boston, MA: Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P. & Cooper, C. L. (2012). Theories of Psychological Stress at Work. I R. J. Gatchel & I. Z. Schultz (Red.), *Handbook of Occupational Health and Wellness* (s. 23-38). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4839-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4839-6_2)
- Dolonen, K. A. (2022, 31. Okt). Sykepleiermangel tvinger frem oppgavedeling. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2022/10/sykepleiermangel-tvinger-frem-oppgavedeling>
- Eagle, M. N. (1984). *Recent developments in psychoanalysis: A critical evaluation*. Harvard University Press.

- Ellingsen, P. (2022). Å lede er ikke å sjefe over andre. I R. Eriksson, K. A. Kvitting & P. Ellingsen (Red.), *Brukerorientert ledelse i offentlig sektor* (2. utgave. utg., s. 61-94). Gyldendal akademisk.
- Erez, M., Gopher, D. & Arzi, N. (1990). Effects of goal difficulty, self-set goals, and monetary rewards on dual task performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 47, 247-269. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(90\)90038-B](https://doi.org/10.1016/0749-5978(90)90038-B)
- Ertesvåg, F. (2023, 27. Jan). Kraftig økning i pågang fra utbrente leger og sykepleiere. VG. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/zE80X5/kraftig-oekning-i-paagang-fra-utbrente-leger-og-sykepleiere>
- Farani, A. Y., Karimi, S. & Motaghd, M. (2017). The role of entrepreneurial knowledge as a competence in shaping Iranian students' career intentions to start a new digital business. *European Journal of Training and Development*, 41(1), 83-100. <https://doi.org/10.1108/EJTD-07-2016-0054>
- Fejes, A. (2006). The planetspeak discourse of lifelong learning in Sweden: what is an educable adult? *Journal of Education Policy*, 21(6), 697-716. <https://doi.org/10.1080/02680930600969266>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th edition. utg.). SAGE.
- Flakstad, P. (2022, 02. Nov). Ny rapport: Respekt for helsefagarbeidere avgjørende for å løse bemanningskrisen. *Fagbladet*. <https://fagbladet.no/nyheter/ny-rapport-respekt-for-helsefagarbeidere-avgjorende-for-a-lose-bemanningskrisen-6.91.912633.5a66c40ba1>
- Fonn, M. & Hofstad, E. (2021, 16. Aug). Særdeles alvorlige tall om sykepleiere som ønsker seg vekk. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2021/08/saerdeles-alvorlige-tall-om-sykepleiere-som-onsker-seg-vekk>
- 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>
- Geard, K. (2023, 06. feb). Slik fikk de fart på oppgavedeling fra sjukepleier til helsefagarbeider. *Fagbladet*. <https://fagbladet.no/nyheter/slik-fikk-de-fart-pa-oppgavedeling-fra-sjukepleier-til-helsefagarbeider-6.91.935544.bc9d08adc2>
- Gjevjon, E. R. (2020). Hjemmesykepleien er den perfekte arenaen for helhetlig og profesjonell sykepleieutøvelse. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/kronikk/2020/01/hjemmesykepleien-er-den-perfekte-arenaen-helhetlig-og-profesjonell>
- Gneezy, U. & Rustichini, A. (2000). Pay Enough or Don't Pay at All\*. *The Quarterly Journal of Economics*, 115(3), 791-810. <https://doi.org/10.1162/003355300554917>
- Hall, J. M. F., Cruser, d., Podawiltz, A., Mummert, D. I., Jones, H. & Mummert, M. E. (2012). Psychological Stress and the Cutaneous Immune Response: Roles of the HPA Axis and the Sympathetic Nervous System in Atopic Dermatitis and Psoriasis. *Dermatology Research and Practice*, 2012, 403908. <https://doi.org/10.1155/2012/403908>
- Halvorsen, T. S. (2018, 18.12.). Derfor vil ikke jeg jobbe på sykehjem. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2018/12/derfor-vil-ikke-jeg-jobbe-pa-sykehjem>
- Hammer, S. (2008). Styring, statistikk, subjektivitet. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 49(1), 73-102. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-291X-2008-01-03>
- Hatlo, G., Øverbø, S. L. & Skjelbred, G. E. (2023, 27. mars). Stor mangel på vernepleiere: Tilbyr nedbetaling av studielån. NRK. [https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/sykehuset-i-vestfold-\\_headhundet\\_-sykepleierstudenter-til-ekstra-betalte-vakter-1.16347937](https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/sykehuset-i-vestfold-_headhundet_-sykepleierstudenter-til-ekstra-betalte-vakter-1.16347937)
- Helmers, A.-K. B., Johansen, L. B. & Reppen, N. K. (2021). Derfor vurderer 3 av 4 sykepleiere i kommunene å slutte. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2021/09/derfor-vurderer-3-av-4-sykepleiere-i-kommunene-slutte>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og*

- regionale helseforetak/helseforetak. H.-o. omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016, 08.08.). *Utbrenthet (P29 Psykiske symptomer/plager)*. Helsedirektoratet.no.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/psykisk-p/utbrenthet-p29-psykiske-symptomerplager#:~:text=Sykmelding%20kan%20v%C3%A6re%20n%C3%B8dvendig%20pga,f%C3%A5%20en%20avstand%20til%20arbeidet.>
- Helsedirektoratet. (2022). *Digital Hjemmeoppfølgin - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021*. Helsedirektoratet. Hentet 04.06. fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/sammendrag>
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180-191.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nur.20247>
- Herzberg, F. (1968). One more time: How do you motivate employees? *Harvard business review*, 46(1), 53.
- Heslin, P. & Klehe, U.-C. (2006). Self-efficacy. I S. G. Rogelberg (Red.), *Encyclopedia of Industrial/Organizational Psychology* (s. 705-708). Sage.
- Hofstad, E. (2021, 20.10.). Johansens metode er veien til en ny oppgavedeling. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2021/10/johansens-metode-er-veien-til-en-ny-oppgavedeling>
- Hofstad, E. (2022, 02.05.). Utslitte sykepleiere i Grimstad krever annen turnus. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2022/05/utslitte-sykepleiere-i-grimstad-krever-annen-turnus>
- Høyrup, S. (2012). Employee-Driven Innovation: A New Phenomenon, Concept and Mode of Innovation. I S. Høyrup, M. Bonnafous-Boucher, C. Hasse, M. Lotz & K. Møller (Red.), *Employee-driven innovation : a new approach* (s. 3-34). Palgrave Macmillan.
- Håland, E. & Melby, L. (2017). Individualisert standardisering?: Hvordan god pasientbehandling blir til i politiske taler om innføring av pakkeforløp for kreft. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 1(5), 380-398. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-05-03>
- Illeris, K. (2012). *Læring*. Gyldendal akademisk.
- Jørgensen, P. S. (1999). Hva er kompetence. *Uddannelse*, 9(1999), 4-13.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (A. Kaufmann, Red. 5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Kleven, T. A. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode : en hjelp til kritisk tolking og vurdering* (3. utg. utg.). Fagbokforl.
- Korneliussen, S. O. & Evjen, A. F. (2023, 22. februar). Stor mangel på vernepleiere: Tilbyr nedbetaling av studielån. *NRK*. [https://www.nrk.no/osloogviken/stor-mangel-pa-vernepleiere\\_-halden-tilbyr-nedbetaling-av-studielan-1.16298313](https://www.nrk.no/osloogviken/stor-mangel-pa-vernepleiere_-halden-tilbyr-nedbetaling-av-studielan-1.16298313)
- Kosalka, A. (2022, 30. september). Omfattende spare-tiltak på Sørlandet sykehus. *Fedrelandsvennen*. <https://www.fvn.no/nyheter/lokalt/i/MoLoAo/omfattende-sparetiltak-paa-soerlandet-sykehus>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025-2047.  
<https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- KS. (2021). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021*.  
<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/nyskapende-arbeidsgivere/Kommunesektorens-arbeidsgivermonitor-2021.pdf>
- KS. (2023). *Andelen heltidsansatte økte i 2022*. Hentet 23. mai fra  
<https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/statistikk-om-heltid--deltid/andelen-heltidsansatte-oker/>
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode : en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Tapir.

- Larsen, L. S. (2021). Sykepleiere er tusenkunstnere. *Sykepleien*.  
<https://sykepleien.no/meninger/2021/05/sykepleiere-er-tusenkunstnere>
- Le Deist, F. D. & Winterton, J. (2007). What Is Competence? *Human Resource Development International*, 8(1), 27-46.  
<https://doi.org/10.1080/1367886042000338227>
- Lindland, K. M. (2019). Realisert ledelse av medarbeiderdrevet innovasjon i en kommunal kontekst. I A. K. T. Holmen & T. Ringholm (Red.), *Innovasjon møter kommune* (s. 119-134). Cappelen Damm akademisk.
- Malik, M. E. & Naeem, B. (2013). Towards understanding controversy on herzberg theory of motivation. *World Applied Sciences Journal*, 24, 1031-1036.  
<https://doi.org/10.5829/idosi.wasj.2013.24.08.2442>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mbindyo, P., Blaauw, D., Gilson, L. & English, M. (2009). Developing a Tool to Measure Health Worker Motivation in District Hospitals in Kenya. *Human resources for health*, 7, 40. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-40>
- McGraw, K. O. (1978). The detrimental effects of reward on performance: A literature review and a prediction model. I M. R. Lepper & D. Greene (Red.), *The hidden costs of reward* (s. 33-60). Erlbaum.
- McGraw, K. O. & McCullers, J. C. (1979). Evidence of a detrimental effect of extrinsic incentives on breaking a mental set. *Journal of Experimental Social Psychology*, 15(3), 285-294. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-1031\(79\)90039-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0022-1031(79)90039-8)
- McQueen, R. A. & Knussen, C. (2006). *Introduction to research methods and statistics in psychology*. Pearson education.
- Meld. St. 14 (2019-2020). *Kompetansereformen – Lære hele livet*. Kunnskapsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/afb66fbbcdfb47749f1b7007b559d145/no/pdfs/stm201920200014000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Mitra, J. (2020). *Entrepreneurship, innovation and regional development: an introduction* Routledge.
- Norges forskningsråd & Norges Helse- og omsorgsdepartement. (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen : tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Forskningsrådet.  
<https://kudos.dfo.no/dokument/3737/resultatevaluering-av-sykehusreformen-tilgjengelighet-prioritering-effektivitet-brukermedvirkning-og-medbestemmelse-2>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 17.03. fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 2009: 47. (2009). *Samhandlingsreformen*. H. o. omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- NOU 2019: 12. (2019). *Lærekraftig utvikling*. Kunnskapsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/849b377650a449d599d80835e74805e4d/no/pdfs/nou201920190012000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. H.-o. omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Næss, G., Kirkevold, M., Hammer, W., Straand, J. & Wyller, T. B. (2017). Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2600-x>



- Oslo Economics. (2022). *Kartlegging av erfaring med oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og andre personellgrupper i sykehus*. [https://www.fagforbundet.no/globalassets/\\_yrkesseksjonene/shs/oppgavedeling-i-sykehus.pdf](https://www.fagforbundet.no/globalassets/_yrkesseksjonene/shs/oppgavedeling-i-sykehus.pdf)
- Owren, T. (2023, 04. April). Når tjenestebrukere velger bort noen av tjenesteyterne. *Vernepleier*. <https://vernepleier.no/2023/04/nar-tjenestebrukere-velger-bort-noen-av-tjenesteyterne/>
- Pedersen, E. (2023, 3. Januar). Linnea har blitt slått og klort på jobb uten å melde fra: – Har blitt en del av jobben. *NRK*. <https://www.nrk.no/rogaland/helsearbeidere-blir-slatt-og-klort-pa-jobb-uten-a-melde-fra-1.16112264>
- Reisæter, V. J. (2018, 07.11.). Forrige uke sluttet jeg som sykepleier. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2018/11/forrige-uke-sluttet-jeg-som-sykepleier>
- Reppen, N. K. (2023, 01. Februar). Helseplattformen på St. Olavs hospital: 27 prosent av sykepleierne har vurdert å slutte. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/2023/01/helseplattformen-pa-st-olavs-hospital-27-prosent-av-sykepleierne-har-vurdert-slutte>
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen* (Dokument 3:5 2015-2016). Riksrevisjonen. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. utg.). Fagbokforl.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000b). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *Am Psychol*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68> (Positive Psychology)
- Røsvik, E., Bugge, S., Sæther, A. S. & Kristiansen, T. (2023, 2. februar). Ny helse rapport: – Vi må gjøre mye selv for å ha et godt liv. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/5BjqXX/ny-helse-rapport-vi-maa-erkjenne-det-ingen-vil-si>
- Schumacher, E. M. (2022, 23.01.). Tall kan få overtaket i sykepleierhverdagen. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2022/01/tall-kan-fa-overtaket-i-sykepleierhverdagen>
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18, 503-515. <https://doi.org/10.1037/h0045185>
- Skogstad, A. & Einarsen, S. (2011). *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Slørdal, M. G. (2022, 17. Okt). Helsefagarbeider Hanne gjør arbeidsoppgaver kun sykepleierne gjorde tidligere. *FriFagbevegelse*.
- SSB. (2018). *Kvinner og menn i helseyrker møter mest vold og trusler*. Hentet 25.04 fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/kvinner-og-menn-i-helseyrker-moter-mest-vold-og-trusler>
- SSB. (2023). *Helse- og sosialpersonell*. Hentet 05. Mai fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07938/tableViewLayout2/>
- Staddon, J. E. R. & Cerutti, D. T. (2003). Operant Conditioning. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 115-144. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145124>
- Stoksvik, M. (2023, 16. 03.). Inn og ut av sykehus og helsehus: – Føler meg som en kasteball. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/69WEMr/inn-og-ut-av-sykehus-og-helsehus-foeler-meg-som-en-kasteball>
- Sundvor, E. (Redaktør). (2023). *Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører* [Tv-serie]. NRK. <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-omsorg-bak-lukkede-doerer/sesong/1/episode/1/avspiller>

- Sykepleien. (2017, 28.04.). Derfor vil ikke sykepleiere jobbe på sykehjem. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/innsjikt/2017/04/derfor-vil-ikke-sykepleiere-jobbe-pa-sykehjem>
- Sæther, A. S., Medby, M. & Vågenes, H. (2023, 3. februar). Legepresidenten frykter krasjlanding i helsetjenesten. *VG*. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/EQjgxl/legepresidenten-frykter-krasjlanding-i-helsetjenesten>
- Tomter, L. (2023, 1. Feb). Kilder til NRK: Utvalg vil gi sykepleieroppgaver til helsefagarbeidere. *NRK*. [https://www.nrk.no/norge/kilder-til-nrk\\_-utvalg-vil-gi-sykepleieroppgaver-til-helsefagarbeidere-1.16279671](https://www.nrk.no/norge/kilder-til-nrk_-utvalg-vil-gi-sykepleieroppgaver-til-helsefagarbeidere-1.16279671)
- Trondheim Kommune. (2022). *Helseplattformen*. Trondheim Kommune. Hentet 12.05. fra <https://www.trondheim.kommune.no/helseplattformen/>
- Tuset, T. & Melbø, A. I. (2023, 10. Feb). Helsefagarbeidere og fremtidens kompetanse. *Dagsavisen*. <https://www.dagsavisen.no/debatt/2023/02/10/helsefagarbeidere-og-fremtidens-kompetanse/>
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning : - mer enn ord* (5. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Vabø, M., Drange, I. & Amble, N. (2019). Den vanskelige deltidsknuten – en særnorsk utfordring som rammer unge helsefagarbeidere. *Fagbladet samfunn og økonomi*, 1(1), 6-21. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/7581>
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333. <https://doi.org/10.1037/h0040934>
- Ytreberg, R. & Malm, M. (2023, 11. Januar). Måtte ha hjelp til å kjøpe bolig. *E24*. <https://e24.no/naeringsliv/i/KnPppM/maatte-ha-hjelp-til-aa-kjoepe-bolig?referer=https%3A%2F%2Fwww.vg.no>
- Øgård, M. (2005). New Public Management. I L. E. Rose & H. Baldersheim (Red.), *Det Kommunale laboratorium : teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (2. utg. utg., s. 25-49). Fagbokforlaget.
- Aasen, T. M. B. & Amundsen, O. (2015). *Innovasjonsarbeid : organisasjon, kultur og ledelse*. Gyldendal akademisk.



# Vedlegg

## 1. Spørreskjema i PDF fra nettskjema.no

### Vedlegg 1

#### Masteroppgave - Læring i arbeidsliv og samfunn, NTNU

---

Side 1

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

#### Helsefagarbeider/hjelpepleier, sykepleier og vernepleier - jeg vil høre fra DEG!

Det kuttes i helsesektoren. Det blir mer å gjøre samtidig som det er mangel på ansatte. Det er for få som utdanner seg.

Dette spørreskjemaet er en del av en masteroppgave på masterprogrammet "Læring i arbeidsliv og samfunn" ved Institutt for pedagogikk og livslang læring på Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim.

Jeg ønsker å undersøke hvordan du som helsepersonell opplever arbeidshverdagen, og håper du tar deg tid til å svare.

Du har blitt bedt om å svare fordi du jobber helsesektoren i Norge, enten på sykehus, sykehjem, hjemmesykepleie eller bo- og aktivitetstilbud, og enten er helsefagarbeider/hjelpepleier, sykepleier eller vernepleier.

Spørreskjemaet er anonymt. Du blir ikke spurt om identifiserende informasjon og det lagres ikke IP- eller e-postadresser.

Vennligst svar på spørsmålene i én omgang da det grunnet anonymiteten ikke er mulig å lagre og gå tilbake senere.

Spørreskjemaet tar ca. 5 min å gjennomføre, og kan besvares på pc eller mobil.

Svarfrist innen søndag 19. Februar.

Svarene vil leses av student Sondre Ellis Nordkvelle og veileder Christin Tønseth.

Jeg samtykker til å delta i denne undersøkelsen. \*

Ja

\*Sideskift\*

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

## Først litt om deg

Kjønn \*

Kvinne

Mann

Annet

Arbeidsplass \*

Bo- og aktivitetstilbud (omsorgsbolig)

Hjemmesykepleie

Sykehjem

Sykehus

Hvor gammel er du? \*

Hva jobber du som? \*

Hvis du jobber som miljøarbeider/miljøterapeut vennligst velg din opprinnelig profesjon.

Helsefagarbeider/hjelpepleier

Sykepleier

Vernepleier

Hvor lenge er det siden du var ferdigutdannet? \*

under 2 år

2-4 år

4-6 år

6-8 år

8-10 år

10+

Hvor lenge har du jobbet på nåværende arbeidsplass? \*

under 2 år

2-4 år

4-6 år

6-8 år

8-10 år

10+


Hvor mye jobber du? \*

Fulltid (100%)

Fulltid redusert (80% til 99%)

Deltid/ekstravakter


Har du bedt om å øke stillingsprosenten din? \*

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Fulltid redusert (80% til 99%)» eller «Deltid/ekstravakter» er valgt i spørsmålet «Hvor mye jobber du?»

Ja

Nei

Fikk du den ønskede stillingsprosenten? \*

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du bedt om å øke stillingsprosenten din?»

Ja


Nei

Har du jobbet overtid den siste måneden? \*

Ja

Nei

Hvor mange timer har du jobbet overtid den siste måneden? \*

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du jobbet overtid den siste måneden?»

**\*Sideskift\***

## Hvor enig eller uenig er du i følgende:

Jeg...

	Svært uenig	Uenig	Usikker	Enig	Svært enig
...liker yrket mitt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gleder meg til å dra på jobb *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
** ...er motivert til å jobbe så hardt jeg kan *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...får energi av jobben min *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...trives godt på jobben min *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
** ...jobber her kun for å ha stabil inntekt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...opplever at det er et godt arbeidsmiljø *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ønsker å bytte arbeidsplass *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...blir stresset av tanken om å dra på jobb *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
** ...jobber kun for å tjene penger *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...samarbeider godt med kollegaene mine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...samarbeider godt med nærmeste leder *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\*\* = spørsmål inspirert av Mbindyo (2009)



## I løpet av en vanlig arbeidsdag...

	Svært uenig	Uenig	Usikker	Enig	Svært enig
...får jeg alltid satt meg ned for spist *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...får jeg tid til å gå på toalettet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...rekker jeg å gjøre alle arbeidsoppgavene mine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...stresser jeg mye for å rekke alle arbeidsoppgavene mine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...har jeg mer å gjøre enn det jeg rekker *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...har jeg et høyt tidspress *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...er det alltid en med høyere kompetanse enn meg jeg kan rådføre meg med *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...er det stort fokus på å jobbe så effektivt som mulig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jobber jeg litt før arbeidstiden min begynner *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jobber jeg litt etter arbeidstiden min er ferdig *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeg...

	Svært uenig	Uenig	Usikker	Enig	Svært enig
...får brukt kompetansen min *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...har tilstrekkelig kompetanse for å gjøre arbeidet mitt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...føler meg underkvalifisert for jobben *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...klarer alltid arbeidsoppgavene mine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...er usikker på hvordan jeg skal utføre arbeidsoppgavene mine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**\*Sideskift\***

## Hvor enig eller uenig er du i følgende:

Arbeidsplassen min....

	Svært uenig	Uenig	Usikker	Enig	Svært enig
...oppfordrer til faglig utvikling *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...belønner meg for å øke kompetansen min *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ønsker å få forslag til forbedringer *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...involverer meg i å forbedre arbeidspraksisen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tar beslutninger uten å involvere meg *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bruker lang tid på å gjennomføre endringer *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lytter ikke til forbedringsforslagene mine *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jeg...

	Svært uenig	Uenig	Usikker	Enig	Svært enig
...har fokus på å lære når jeg er på jobb *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ser etter måter å gjøre jobben min bedre på *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...informerer lederen min om mulige forbedringer jeg ser *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ønsker å forbedre praksisen på arbeidsplassen min *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gjør kun det jeg blir bedt om å gjøre *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gjør arbeidet mitt uten å stille spørsmål *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

