



Prosjektrapport
Faglig kompetanseutvikling og
medarbeiderdrevet innovasjon i
kommunal helsesektor

Forfatter(e):

Thale Kvernberg Andersen, Lisbet Grut, Merete Rørvik, Anniken Solem

Rapportnummer:

2021:01206 - Åpen

Oppdragsgiver(e) (evt. samarbeidspartner):

Melhus kommune, Skaun kommune, Midtre Gauldal kommune



SINTEF Digital
Postadresse:
Postboks 4760 Torgarden
7465 Trondheim
Sentralbord: 40005100
info@sintef.no

Foretaksregister:
NO 919 303 808 MVA

Prosjektrapport

Faglig kompetanseutvikling og medarbeiderdrevet innovasjon i kommunal helsesektor

EMNEORD:

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

VERSJON

Siste

DATO

2021-11-15

FORFATTER(E)

Thale Kvernberg Andersen, Lisbet Grut, Merete Rørvik, Anniken Solem
Evt. flere forfattere

OPPDRAGSGIVER(E)

Melhus kommune

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Svein Jarle Midtøy

PROSJEKTNUMMER

102024394

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

31 Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

SAMMENDRAG

Denne rapporten formidler funn og analyser fra prosjektet "Medarbeiderdrevet innovasjon som verktøy for forbedring av helsetjenester" – en del av et større interkommunalt prosjekt mellom de trønderske nabokommunene Melhus, Midtre Gauldal og Skaun. Helse- og omsorgssektoren i kommunene står i krevende utfordringer og både ledere og ansatte uttrykker et sterkt behov for systematisk faglig kompetanseheving for å møte disse utfordringene og samtidig utvikle stadig bedre tjenester. For å kunne bygge en helhetlig modell for systematisk kompetanseutvikling basert på medarbeiderdrevet innovasjon og partssamarbeid ser vi i dette prosjektet at det er behov for at 1) kommunene tar mer ansvar for rammebetingelser for å skape tid og rom; 2) Enhets- og avdelingsledere må få kompetanse på verktøy for medarbeiderdrevet innovasjon; 3) Ansatte må gis endringskapasitet; 4) Arbeidsplassen må bli endrings- og utviklingskompetent – også på kollektivt nivå; og 5) Mekanismer for partssamarbeid utnyttes som innovasjonsdriver.

UTARBEIDET AV

Thale Kvernberg Andersen

KONTROLLERT AV

Johan Elvemo Ravn

GODKJENT AV

Tove Håpnæs

SIGNATUR

SIGNATUR

SIGNATUR

RAPPORTNUMMER

01206

ISBN

978-82-
14-07747
-6

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE



Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Forord | 3 |
| 2 | Innledning | 4 |
| 2.1 | Helse- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer | 5 |
| 2.2 | Medarbeiderdrevet innovasjon og faglig utvikling – et nødvendig virkemiddel | 7 |
| 2.3 | Kommunene Melhus, Skaun og Midtre Gauldal tar tak i utfordringene - interkommunalt rekrutteringsprosjekt innen helse og omsorg..... | 8 |
| 3 | Metode | 9 |
| 3.1 | Metodisk tilnærming..... | 9 |
| 3.2 | Gjennomføring av arbeidspakker og måloppnåelse | 10 |
| 3.3 | Strategisk utvalg og oppsummering av datainnsamling | 12 |
| 4 | Resultater | 13 |
| 4.1 | Arbeidshverdagen – mulighet og behov for systematisk kompetanseutvikling..... | 13 |
| 4.2 | Tilrettelegging for systematisk kompetanseutvikling | 15 |
| 4.3 | Involvering av medarbeiderne i systematisk kompetanseutvikling..... | 16 |
| 4.4 | Oppsummering av resultater | 18 |
| 5 | Veien fram til medarbeiderdrevet systematisk kompetanseutvikling | 20 |
| 5.1 | Medarbeiderdrevet innovasjon | 20 |
| 5.2 | Den norske modellen som viktig bakteppe | 22 |
| 5.3 | Organisasjonsutviklingsprosesser | 23 |
| 5.4 | Endringskapasitet..... | 24 |
| 5.5 | Ledelse av utvikling | 26 |
| 5.6 | Den utviklingskompetente helse- og omsorgsarbeidsplassen..... | 27 |
| 6 | Veien videre (Konklusjon) | 30 |
| 7 | Referanser | 31 |

BILAG/VEDLEGG

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

1 Forord

Denne rapporten formidler funn og analyser fra prosjektet "Medarbeiderdrevet innovasjon som verktøy for forbedring av helsetjenester", som er en del av et større interkommunalt prosjekt mellom de trønderske nabokommunene Melhus, Midtre Gauldal og Skaun. Det overordnede formålet med det interkommunale prosjektet er å skape mer attraktive helse- og omsorgsarbeidsplasser i distriktene og dermed lettere tiltrekke seg kvalifiserte og gode helse- og omsorgsmedarbeidere. Kommunene opplever det som utfordrende å få de gode søkerne til utlyste stillinger, også fordi Trondheim tiltrekker seg mye av kompetansen i regionen. Gjennom delprosjektene faglig utvikling, heltidskultur, veiledningssystem, lønns- og arbeidsvilkårspolitikk samt kommunikasjon og omdømmebygging, ønsker kommunene å videreutvikle alt det gode arbeidet som allerede gjøres innen helse- og omsorgstjenestene. Sammen ønsker kommunene å utvikle nye praksiser innen helse- og omsorgstjenestene gjennom medarbeiderdrevet innovasjon og partssamarbeid. Fremtidens kompetansebehov må håndteres på en annen måte enn tidligere. Helsepersonell skal oppleve kommunene som attraktive arbeidsplasser, med spennende lærings- og utviklingsarenaer for ansatte, nyansatte og studenter, og at tjenesten er tilpasset og dimensjonert for framtidens helseutfordringer.

Dette prosjektet er viktig fordi det fremfor alt kobler kanskje to av de mest kritiske utfordringene i fremtidens helse- og omsorgssektor – ikke minst i randsone- og distriktskommuner:

- Stadig større kompleksitet og hyppige endringer av utfordringer i pasient-, bruker- og pårørendebildet
- Stadig tydeligere og mer uttalt behov for kontinuerlig systematisk kompetanseutvikling og livslang læring

Hele arbeidslivet snakker om behov for livslang læring på grunn av endrede samfunnsutfordringer særlig i tilknytning til demografi og bærekraft – herunder også sosial bærekraft – og i tilknytning til digital transformasjon. For sektorer og arbeidsplasser med begrensede ressurser og høyt arbeidspress representerer dette ekstra utfordringer. "Alle" snakker om behov for livslang læring for å til enhver tid kunne tilby riktige tjenester og leveranser av god nok kvalitet, men det finnes ikke kontekstnær forskning som har modellert eller operasjonalisert hvordan dette kan og bør gjøres i praksis. Med de utfordringer den står ovenfor er kommunal helse- og omsorgssektor helt avhengig av kunnskapsbaserte og konteksttilpassede løsninger som gir nøkler til håndtering av dette. Lykkes man ikke med dette vil det gå utover rekruttering til sektoren, kvaliteten på tjenester, og nødvendig innovasjon i velferds- og tjenestetilbudet.

Lykkes man derimot med dette vil man gjennom forskningssamarbeid – som jo er en nasjonal strategi for økt innovasjon i offentlig sektor – ha utviklet en modell for kompetanseutvikling, livslang læring og kontinuerlig tjenesteforbedring med medarbeiderdrevet innovasjon og den norske modellen som operasjonaliserte verktøy. Som vi har erfart i dette prosjektet er det ikke bare å gå fra en mentalitet, en kultur og en praksis til en ny uten videre. Å utvikle en lærings- og innovasjonskultur er en prosess som krever forankring og ansvarstaking på alle nivåer i kommunen, den krever at ledere og ansatte forstår hvorfor den er relevant og viktig, og den krever endringsklare og endringskompetente arbeidsplasser på individuelt og kollektivt nivå.

Forskningsprosjektet som denne rapporten er basert på skulle i sum utvikle en helhetlig modell for systematisk kompetanseutvikling og tjenesteforbedring, men måtte endre fokus og leveranse noe underveis, delvis på grunn av restriksjoner knyttet til koronapandemien, delvis fordi vi oppdaget at de enhetene og arbeidsplassene som skulle fungere som piloter ikke var endringsklare. Vi måtte derfor først få en forståelse av hvorfor det var slik, hvilke mekanismer det skapte hos ansatte og ledere, og hvordan komme videre. Vi sier litt mer om endringer fra prosjektskisse til prosjekt i kapittel 3.

Vi vil takke Melhus, Midtre Gauldal og Skaun kommuner for full tillit, åpenhet, villighet til dialog om krevende aspekter og deres store fasiliterende rolle inn mot enheter og arbeidsplasser!

2 Innledning

Prosjektet er en del av det langsiktige arbeidet i de tre kommunene for å utvikle bedre og mer attraktive arbeidsplasser. Resultatet fra prosjektet vil bli brukt som grunnlag for det videre utviklingsarbeidet i kommunene. Overordnet mål for kommunene er å levere kvalitativt gode helse- og omsorgstjenester til innbyggerne i Melhus, Skaun og Midtre Gauldal i en tid med stadig større utfordringer knyttet til demografisk utvikling og økt oppfølgingsbyrde, samt unge brukere som også krever store ressurser. Samtidig skal tjenesten kunne håndtere store uventede endringer, som Covid-19, som legger beslag på store deler av kapasiteten i kommunene – og som tegner til å bli mye mer langvarig enn først antatt. Dette prosjektet representerer starten på arbeidet i delprosjektet "Systematisk kompetanseutvikling", og er et forprosjekt som ble finansiert av RFF. Kommunene engasjerte SINTEF som forskningspartner.

Hovedmål og delmål:

Prosjektets hovedmål var å utvikle *en helhetlig modell for innovasjonskultur* med fokus på kompetanseheving, tjenestekvalitet og evne til å håndtere kontinuerlige og uventede omstillinger. KS definerer kompetanse som en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger. Hynne og Kvangarsnes (2014) refererer til Manley og Garbett som også inkluderer evne til å tilegne seg nye ferdigheter og kunnskap i kompetansebegrepet. Innenfor denne tolkningen vil det være slik at jo høyere kompetanse en person besitter, jo lettere vil det være å tilegne seg ytterligere kunnskap og kompetanse. Hynne og Kvangarsnes (2014) viser også til McMullan, Endacott, Gray, Jasper, Miller, Scholes og Webb som vektlegger den dynamiske og relasjonelle dimensjonen i kompetansebegrepet. Kompetanse er altså tett knyttet til praksis, og kompetanse utvikles ikke alene, men i et faglig fellesskap der både arbeidskultur og fagkultur er viktige elementer.

Prosjektets delmål som ledd i å nå hovedmålet var:

1. Organisasjon og ansatte skal bli vant med å jobbe med innovasjon og utvikling i egen praksis og som del av daglig drift.
2. Utkast til kunnskapsbasert og praksisnær innovasjonsmetodikk som fungerer på tvers av fagområder og kontekster, inkludert muliggjørende digitale teknologier.
3. Utkast til modell for medarbeiderdrevet innovasjon som inkluderer pasienter/brukere /pårørende, som vil være modell for jevnlig bedring og tillitsbasert endringsledelse i organisasjonen.
4. Utkast til modell for organisering, arbeidsprosesser og praksiser som integrerer medarbeiderdrevet innovasjon, kompetanseheving og tjenestekvalitet.
5. Sammenstilling av metodikk og delmodeller til en helhetlig modell for robuste og plastiske fagmiljø som gir behovsfokusert støtte til pasienter med komplekst sykdomsbilde og etiske utfordringer.

Bakteppet for valg av faglig utvikling som fokusområde når det gjelder å skape attraktive helse- og omsorgsarbeidsplasser som er robuste, smidige og utviklings- og innovasjonskompetente på en og samme tid er det verdiskapingspotensialet en slik satsing og innovasjon har:

1. *Pasientperspektivet*: Stadig flere pasienter har kompleks sykdom, og krever sammensatte tiltak og avansert faglig innsats.
2. *Pårørendeperspektivet*: Pårørende involveres oftere i oppfølging av pasienten, og har egne behov som pårørende.
3. *Samfunnsperspektivet*: Forventet mangel på helsepersonell framover krever nye arbeidsformer, mer effektiv organisering og høyere faglig kompetanse.

4. *Arbeidstagerperspektivet:* Helsefaglig personell står kontinuerlig i krevende situasjoner, og det er nødvendig med arbeidsformer som legger til rette for en god arbeidsdag og faglig utvikling for å sikre kontinuitet og stabilitet.
5. *Arbeidsgiverperspektivet:* I mange små kommuner er det krevende å få og beholde personell med riktig fagkompetanse. Samtidig kreves effektivisering. Medarbeiderdrevet innovasjon kan skape attraktive arbeidsplasser ved faglig utvikling, motivasjon, trivsel og tjenesteforbedring.

For å svare ut disse problemstillingene var det et behov for å kartlegge og forstå nåsituasjonen med utgangspunkt i lokale arbeidsplasser, med vekt på å forske fram mulighetsrommet for, og hvilke mekanismer som virker hemmende og fremmende på, kontinuerlig kompetanseheving på helse- og omsorgsarbeidsplasser i norske distriktskommuner. Det er et komplekst og sammensatt bilde, som blant annet handler om arbeidsoppgaver og -prosesser, arbeidsorganisering, ledelse, arbeidsmiljø og kultur, og tilgjengelige ressurser.

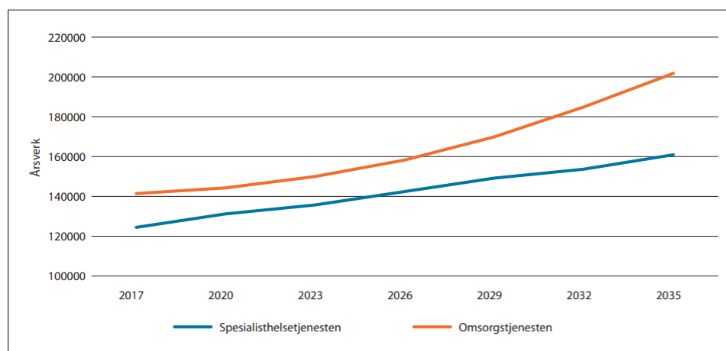
2.1 Helse- og omsorgstjenestene står overfor store utfordringer

Helse- og omsorgstjenesten i Norge står overfor store utfordringer i årene som kommer¹. Flere eldre og et mer komplekst og sammensatt sykdomsbilde i befolkningen er blant endringene som vil prege helsesektoren fremover. Helseutgiftene øker, og det er anslått at det vil være stor mangel på helsepersonell i årene som kommer. Dette skaper utfordringer for tjenestens bærekraft. Innbyggerne har høye forventninger til fremtidens helsetjeneste. Den teknologiske utviklingen går fort og gir nye muligheter for en mer effektiv helsetjeneste. Tjenester kan bli tilgjengelig der du er, når du trenger dem, og de kan bli mer tilpasset den enkeltes behov. Flere helsetjenester kan flyttes nærmere der pasienten bor, og de kan ytes i hjemmet. Digital hjemmeoppfølging, nettbasert behandling og hjemmesykehus er trender som får stadig økende oppmerksomhet.

Mange av utfordringene vil treffe hele helse- og omsorgstjenesten i sin helhet, mens noen utfordringer vil treffe spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten på ulikt vis. Disse trendene er spesielt tydelige og legger stort press på hele helsetjenesten:

Vi blir flere og eldre

SSB anslår at antall årsverk må øke med 35 prosent frem mot 2035 for å dekke fremskrevet behov for helse- og omsorgstjenester, jf. figur 2.1. I så fall vil helse- og omsorgstjenesten legge beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken. Det vil fortrenge mye annet som samfunnet ønsker å bruke ressursene på. Endringstakten må derfor øke. I tillegg rammes ulike deler av landet forskjellig. Mange distriktskommuner vil få mange eldre og stadig færre unge som kan jobbe i helse- og omsorgstjenesten. Dette kan kreve raske og store omstillinger.



Figur 2.1 Fremskrevet behov for årsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunale omsorgstjenester til 2035. SSBs referansebane.
Kilde: SSB

¹ Meld. St.7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2025.

Flere trenger behandling lenger

De demografiske endringene påvirker sykdomsbildet. Flere vil leve lenger med en eller flere kroniske sykdommer. Det vil være flere med aldersrelaterte sykdommer, som demens. Medisinske og teknologiske fremskritt gjør at sykdommer som mange tidligere døde av, i større grad kan behandles, samtidig som det blir lettere for mange å leve med sykdom. Figur 2.2 viser at det har vært en nedgang i sykdomsbyrden knyttet til hjerte- og karsykdommer siden 2004. Samtidig har det vært en økning i antall tapte gode leveår knyttet til flere tilstander, særlig nevrologiske sykdommer som demens, diabetes og psykiske lidelser.

Pasientgrupper med stor kompleksitet og behov for endrede arbeidsprosesser

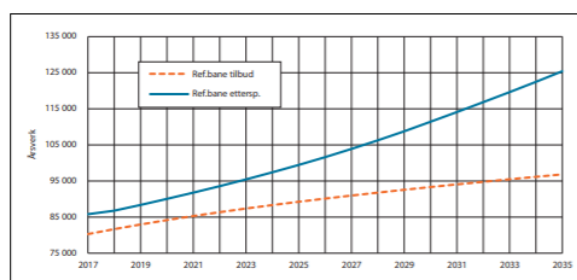
Gode helse- og omsorgstjenester skapes når pasienten møter personell med høy faglig kompetanse, og det er et godt samspill mellom pasienten og personellet. Hvordan dette møtet oppleves – både av pasienten og den ansatte – har endret seg mye over tid. Pasientene kan mer og forventer mer av dem de møter. Mange har store og sammensatte behov som krever samhandling mellom ulike personellgrupper. Mens sykepleierne og legene for få tiår siden arbeidet i egne «siloe» inngår de nå i økende grad i team, der andre faggrupper – teknologer, administrativt ansatte, ernæringsfysiologer osv. – deltar. Det gir bedre tjenester, gjør arbeidshverdagen rikere, men krever også mer av ansatte.

Mangel på helsepersonell

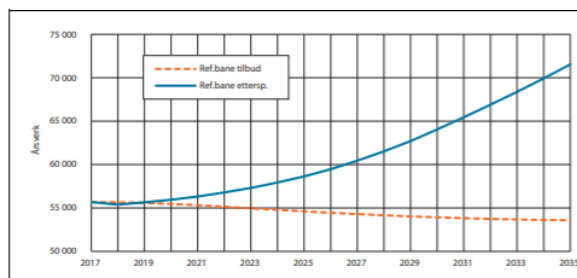
Det er et stort og udekket behov for helsepersonell i norske kommuner. Hvis helse- og omsorgstjenestene ikke endrer måten det jobbes på, vil sektoren legge beslag på nesten halv-parten av den samlede veksten i arbeidsstyrken. Dette er urealistisk. Dersom sektoren/tjenestene drives på samme måte som hittil, vil årsverks-behovet i både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsetjenestene øke betydelig. Det vil særlig bli knapphet på sykepleiere og helsefagarbeidere fram mot 2035. Begge gruppene har kompetanse som er nødvendig både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tilstrekkelig med årsverk og kompetanse i distriktkommuner

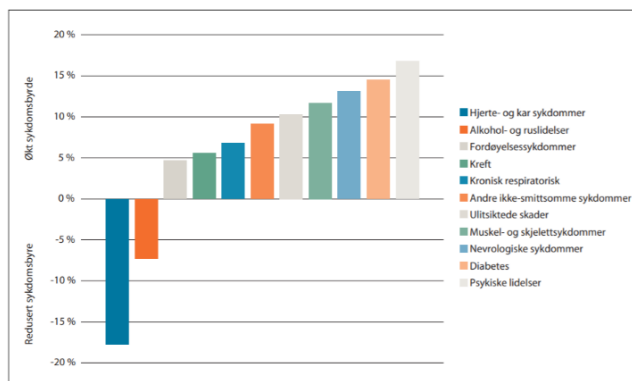
NIFU har vist at distriktkommuner har forholdsvis flere årsverk per innbygger enn bykommuner. Dette forklares med smådriftsulemper. Det er krevende når hovedflyten av kompetent arbeidskraft i flere tiår har gått fra distriktene og til de større byene, som gjerne kan tilby en hel del mer både når det gjelder variasjon og spesialisering i arbeidsoppgaver, mer sammensatte fagteam og et større kompetansemiljø, og for øvrig et helt annet sosialt og kulturelt tilbud utenom arbeidsplassen også. Derfor er det et enda større behov for nytenking i distriktene på hvordan skape høykompetente og attraktive helse- og omsorgsarbeidsplasser.



Figur 9.3 Fremskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for sykepleiere frem til 2035. SSBs referansebane
For sykepleiere har SSB tatt i betraktning at det allerede i overgangen mellom 2017 og 2018 var registrert en underdekning på 5 500 årsverk i Nans bedriftsundersøkelser.
Kilde: SSB



Figur 9.4 Fremskrevet utvikling i tilbud og etterspørsel for helsefagarbeidere frem til 2035. SSBs referansebane
Kilde: SSB



Figur 2.2 Prosentvis endring i sykdomsbyrde, målt som tapte gode leveår (2004–2017). Utvalgte tilstander.
Figuren omfatter tilstander med høyt antall tapte gode leveår i 2017. Figuren angir kun endring i sykdomsbyrde knyttet til de ulike kategoriene, ikke hvor stor sykdomsbyrde som kan knyttes til hver av dem.
Kilde: Institute for Health Metrics and Evaluation. Data tilrettelagt av Folkehelseinstituttet.

2.2 Medarbeiderdrevet innovasjon og faglig utvikling – et nødvendig virkemiddel

Innovasjon og innovasjonsledelse - En integrert og naturlig del av daglig praksis:

For å unngå en slik utvikling, kreves endringer i måten oppgavene løses på, mer bruk av teknologi og økt kompetanse som reduserer bemanningsbehovet. Innsatsen for å øke andelen ansatte som arbeider heltid og for å beholde ansatte må fortsette. Arbeidet for livslang læring og omstillingsevnen må forsterkes. Det må arbeides mer i tverrfaglige team, kompetanse må deles på tvers i hele helse- og omsorgstjenesten, ny kunnskap må tas raskere i bruk, innovative tjenestemodeller må utvikles og brukes, og teknologi må utnyttes i helse- og omsorgssektoren. Dette forutsetter god og kompetent endrings- og innovasjonsledelse som planlegger strategisk for bemanning, organisering og individuell og kollektiv kompetanseutvikling på kort og lang sikt.

Innovasjon, e-helse og velferdsteknologi –Behov for økt digital kompetanse og bedre samhandling:

Regjeringens mål for helse- og omsorgspolitikken er å skape pasientens helsetjeneste². For å få til det, er sektoren avhengig av både økt digital kompetanse, bedre samhandling, større handlingsrom for innovasjon, og styrket samarbeid med næringslivet. Koronapandemien har vist at en krise kan føre til nyskaping og innovasjon. Digitaliseringen har skutt fart det siste året og ført til enorm vekst i både bruk og tilbud av digitale helsetjenester og selvbetjeningsløsninger. Teknologien alene er ikke nok for å lykkes med digitalisering. Det må jobbes for at regelverk, arbeidsprosesser og finansiering tilrettelegges for økt bruk av digitale løsninger.

Digitalisering kan gi gevinst dersom vi endrer arbeidsprosesser og skaper strukturer som gir nye og mer effektive tjenester av høy kvalitet. Dette innebærer endring i eksisterende roller og oppgaver, og det vil kunne krevet ny/endret kompetanse hos ansatte. Innbyggeren skal kunne gjøre mer selv, og helsepersonell får andre oppgaver. Endringene treffer både pasienter og pårørende. I regjeringens pårørendestrategi³ fremheves det at rollen til pårørende kan oppleves som mer fleksibel, men også mer belastende når helsehjelpen flyttes til pasientens hjem. Velferdsteknologi kan gi avlastning for tjenesten og trygghet for pasienten, men dette forutsetter god opplæring som involverer både pasient, pårørende og ansatte.

I takt med at flere helsetjenester flyttes ut av hjemmet eller overføres til pasienter og pårørende, øker presset på kompetanseutvikling. Særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste der ansvar og arbeidsmengde øker. Digital kompetanse handler ikke bare om å bruke digitale tjenester. Det handler i stor grad om å ha kompetanse til å forstå hvordan teknologi kan endre og forbedre tjenesten, kvaliteten og forstå hvilke nye behov som oppstår ved bruk av teknologi. Det innebærer eksempelvis endringer i både arbeidsmetoder, kunnskap og kompetanse, og tradisjonelle roller og relasjoner helsepersonell imellom og mellom helsepersonell og pasienten. Kommunale helse- og omsorgstjenester har over tid opplevd vekst i ressurskrevende pasientgrupper. Målet om å redusere tiden en pasient tilbringer på sykehus og gi mer av hjelpen fra kommunehelsetjenesten, og primært i hjemmet, medfører mer kompleks oppfølging i kommunene, også i fastlegetjenesten. Samarbeid mellom helsepersonell og den enkelte pasient, men også mellom kommuner og sykehus, må derfor styrkes.

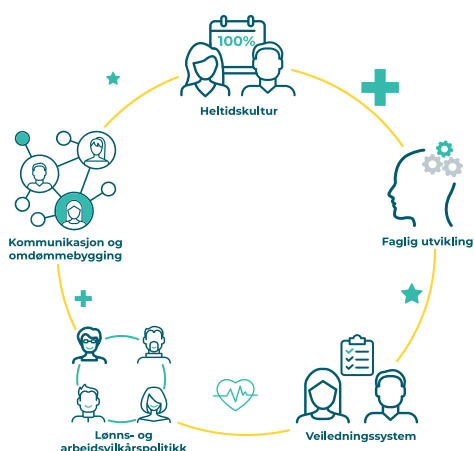
² Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-paroerendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>

2.3 Kommunene Melhus, Skaun og Midtre Gauldal tar tak i utfordringene - interkommunalt rekrutteringsprosjekt innen helse og omsorg

Kommunene Melhus, Skaun og Midtre Gauldal kjenner disse utfordringene "på kroppen" i den daglige driften. Dette er bakgrunnen for at kommunene nå tar tak og har iverksatt et interkommunalt rekrutteringsprosjekt innen helse- og omsorg. Det felles prosjektet handler om å sikre tilgang på og beholde helsepersonell for å kunne gi nødvendige helse- og omsorgstjenester nå og i fremtiden. Prosjektet er solid forankret i alle tre kommunene både politisk og administrativt, samtidig som den enkelte leder og medarbeider i helse- og omsorgstjenestene i kommunene kanskje har hatt mindre kunnskap om i hvert fall deler av prosjektet. Dette kommer vi tilbake til litt senere i denne rapporten.

Prosjektet er nå under operasjonalisering. I løpet av perioden 2021-2023 skal kommunene i fellesskap arbeide med 5 temaer, som visualisert i figur 2.3. Alle temaene henger tett sammen, og alt som gjøres i prosjektet skal være basert på medarbeiderdrevet innovasjon og trepartssamarbeid.



Delprosjekt heltidskultur er satsningen som har kommet lengst. Lokal heltidserklæring er signert av kommunene, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet og Delta. Målet er at kommunene innen 2025 skal ha innført heltidskultur i helsesektoren. Det er etablert 3 piloter som i første omgang skal innføre heltidskultur; hjemmetjenesten i Midtre Gauldal, langtidsavdeling Linea i Skaun og korttidsavdeling Buen i Melhus. Ved Buen og Linea er det innført flere 100% stillinger og det arbeides hver 4. helg med langvakter. Pilot hjemmetjenesten i Midtre Gauldal vil starte opp januar 2022. Pilotavdelingene har tett oppfølging av delprosjektleder Kari Ingstad i fra Nord Universitet. Underveis i prosessen har det vært opplæring i turnusmuligheter og medarbeiderdrevet innovasjon i de aktuelle pilotene.

Figur 2.3. Interkommunalt rekrutteringsprosjekt.

Delprosjekt faglig utvikling har gjennomført kartleggingsarbeid i HMS-utvalg/HMS-grupper og arbeidsmiljøgrupper av hvordan faglig utvikling på ansatt- og avdelingsnivå skjer i kommunene i dag. Denne rapporten presenterer resultatene fra dette arbeidet. Videre prosess er å utvikle en modell og plan for systematisk kompetanseutvikling og livslang læring på kommunale helse- og omsorgsarbeidsplasser.

Delprosjekt veiledningssystem startet opp mentorprogram for sykepleiere september 2021 sammen med NTNU og KS Jobbvinner. Midtre Gauldal deltar med 5 mentorer, Skaun med 3 og Melhus med 6. Målet er at nyansatte skal få en mentor som sikrer at en blir lenge i stillingen.

Delprosjekt lønns- og arbeidsvilkårspolitikk arbeider med å harmonisere arbeidsvilkår i de tre kommunene samt å videreutvikle vilkår som totalt sett oppleves som en merverdi for eksisterende og nye medarbeidere. Arbeidsgruppen består av ansatte i fra HR-feltet i de tre kommuner og dialogen mellom kommunene er tett.

Delprosjekt kommunikasjon og omdømmebygging arbeider med å spre budskapet om prosjektets aktiviteter, som i sum skal gi kommunene et konkurransefortrinn når det gjelder å beholde arbeidskraft og tiltrekke seg ny arbeidskraft. Det er inngått et samarbeid med Adresseavisen som skal lage en film om prosjektet.

Det gjennomføres fellessamlinger i alle tre kommunene der alle ansatte innen helse og omsorg er velkomne. Vertskap for samlingene er hovedtillitsvalgte og lokale prosjektledere. Målet med samlingene er å informere om prosjektet og å invitere ansatte til å ta del i prosjektet. Et utviklingsorientert trepartssamarbeid sees som nøkkelen til å lykkes.

3 Metode

Prosjektgruppen bestod av fire forskere fra SINTEF, hvorav to har sin hovedkompetanse innen helse- og omsorgsdomenet, og to innen arbeids- og organisasjonsdomenet. Alle har lang fartstid som forskere, og grundig metodisk kompetanse på feltene aksjonsforskning, medarbeiderdrevet innovasjon og kompetanseutvikling/livslang læring. Vi oppsummerer her organiseringen av prosjektarbeidet og bakgrunnen for de valgene som ble tatt.

3.1 Metodisk tilnærming

Til grunn for valg av analytisk tilnærming lå målet om å utvikle en helhetlig modell og et metodisk konsept for systematisk kompetanseheving og forbedring av tjenestekvaliteten i sektoren. Strategien som er mest kompatibel med utvikling av systematikk for kontinuerlig kompetanseutvikling gjennom medarbeiderdrevet innovasjon er aksjonsforskning, som er en praksisnær strategi. Medvirkning fra ansatte og ledelse (praksisfeltet) er grunnleggende. Forskerne er *aktivt samhandlende*, ved at de er i dialog med og involvert i det som skjer i feltet. Hensikten er å bidra til at deltagerne når målene de har satt. Denne strategien karakteriseres av *intervenierende opplegg* ved at forskerne er endringsagenter sammen med ledere og medarbeidere. Dette stiller krav både til forskernes analytiske kompetanse og handlingskompetanse, noe som Levin og Ravn (2007) oppsummer i begrepsparet *kritisk konfrontasjon og analytisk distanse*.

Det er avgjørende at forskerne i dette arbeidet klargjør arbeidsdeling og roller i interaksjonen med praksisfeltet og er tydelige på de organisatoriske premissene for forskningen. Hele grunnlaget for å lykkes bygger på tillit mellom forskerne og deltagerne. På grunn av den tette kontakten mellom forskerne og praksisfeltet er det viktig med eksplisitt refleksjon over både forskerrollen og deltagerrollen, og det er viktig å kommunisere en tydelig forskerrolle til feltet. Forskerne kan bringe kunnskap, innsikter og kompetanse til feltet, med de er også avgrenset mot feltet. Forskerne kan delta i diskusjoner, inspirere til refleksjon, og også ofte utfordre, men er ikke i posisjon til for eksempel å ta beslutninger som forplikter organisasjonen eller deltagerne.

Prosjektet ble innvilget i senhøstes 2020, og november og desember 2020 ble brukt til å forankre prosjektet i den koordinerende prosjektgruppen. Det var også et mål om å forankre prosjektet i de lokale prosjektgruppene i de tre kommunene og å gjennom disse opprette piloter, og desember 2020 og januar 2021 ble også brukt til arbeidet, samt å integrere dette prosjektet med andre tilgrensende prosjekter knyttet til gode og innovative helse- og omsorgsarbeidsplasser som kommunene jobbet med parallelt for å utnytte potensialet som lå i det å forske ut gode resultater i en enda større kompleksitet.

Prosjektet var meget godt forankret i på øverste ledernivå i de tre kommunene, med en hovedprosjektgruppe med én dedikert representant fra hver kommune som hadde fått avsatt 50-100 % av sin arbeidskapasitet til å arbeide med prosjektet. Det oppstod derimot utfordringer når det gjaldt etableringen av piloter, da det viste seg at de lokale prosjektgruppene var krevende å etablere. Vi kommer tilbake til årsakene til dette i kapittel 4 som beskriver de empiriske funnene. I tillegg lot den forventede gjenåpningen etter pandemien vente på seg; grunnet store smitteutbrudd ble det også reiseforbud mellom kommuner med utstrakt bruk av hjemmekontor for de som hadde mulighet for det, samtidig som det også påvirket organiseringen av medarbeidere på kommunale helse- og omsorgsarbeidsplasser.

Gitt den vedvarende Covid-19 situasjonen var det våren 2021 fortsatt ikke aktuelt å starte aksjonsforskningsprosesser i de ulike pilotene da det som gjaldt var isolasjon og faste kohorter. Det ble derfor besluttet etablering av "piloter light"; det vil si virtuelle piloter som i stedet for nødvendigvis å bestå av medarbeidere på samme arbeidsplass, bestod av allerede etablerte HMS-grupper eller Arbeidsmiljøutvalg i kommunene. HMS-gruppenes og Arbeidsmiljøutvalgenes utspring er kommunenes tidligere arbeid med operasjonalisering av partssamarbeid, som et virkemiddel knyttet til arbeidsmiljø, trivsel og mestring, og som kan beskrives som et utvidet partssamarbeid hvor leder, tillitsvalgte og verneombud samarbeider om mye mer enn det som er lovpålagt. Disse ble derfor vurdert som gode arenaer for datainnsamling, da dette i

tillegg er roller som både har innsikt og oversikt over arbeid, organisering, kvalitet på partssamarbeid og kontekst; kort sagt nåværende situasjon samt potensiale og mulighetsrom for medarbeiderdrevet innovasjon og systematisk kompetanseutvikling som en del av arbeidshverdagen.

Metoden som deretter ble valgt var fokusgruppeintervjuer, som er spesielt godt egnet for å finne forbedringsområder ut fra det som medarbeiderne opplever eller savner, samt gi ideer til hva som bør gjøres annerledes. Fokusgruppeintervjuet belyser det valgte temaet gjennom en dypere samtale, og de som er med i intervjuet må derfor forholde seg til hverandres meninger. Fokusgrupper gir mulighet for å gå dypere og mer konkret ned i kvalitative problemstillinger enn for eksempel åpne spørsmål i spørreskjemaundersøkelser. Fokusgruppeintervju er en effektiv metode for felles refleksjon og uthenting av implisitt kunnskap, og kan dermed legge til rette for kompetanseutvikling og organisasjonslæring.

Fokusgruppeintervju er derfor en velegnet metode for forarbeid og kartlegging. Sammensetning av deltakerne bestemmes i stor grad av problemstillingen som skal undersøkes og tilgjengelighet av aktuelle informanter. Bruk av fokusgrupper er en kvalitativ metode og dette innebar at vi ønsket rekruttering av deltakere basert på et strategisk utvalg, som vil si at vi på forhånd definerte hvilke ulike typer av informanter som var nødvendige for å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver.

3.2 Gjennomføring av arbeidspakker og måloppnåelse

I retrospekt er det åpenbart at det på grunn av to hovedfaktorer ble umulig å gjennomføre alle planlagte aktiviteter samt å nå alle oppsatte mål slik som beskrevet i prosjektskissen. Den ene var restriksjonene knyttet til pandemien som har vart lenger enn antageligvis noen av oss kunne ha sett for oss. Den andre, og kanskje enda mer uventede, var utfordringene som hovedprosjektgruppen og forskerne møtte når det gjaldt etableringen av lokale prosjektgrupper, av piloter, få til avtaler for fokusgruppeintervjuer og generell forståelse av prosjektet på arbeidsplassnivået.

I forkant av prosjektoppstart var prosjekteiers klare inntrykk at prosjektet om systematisk kompetanseutvikling som en del av daglig drift gjennom medarbeiderdrevet innovasjon var godt forankret i de tre kommunene, fra øverste ledelse til enhets- og arbeidsplassnivå. Gjennom datainnsamlingen i prosjektet kom det tydelig frem at slik var det ikke; forankringen var god hos kommuneledelsen, men det var ikke gjort grep for å forankre tema, fokus og eierskap nedover i organisasjonen. Det er viktig å understreke at dette var heller ikke noe hovedprosjektgruppen hadde forutsetning til å ha innsikt i eller se/forstå på forhånd. Det var altså vår klare forståelse av enhetene og enkeltvirksomhetene var klare til å sette i gang et slikt arbeid.

Dette forprosjektet skulle forberede grunnen og samle data og bygge forskningsbaserte modeller som basis for et større hovedprosjekt. Det forutsatte at de som var med i pilotene var klare for prosessarbeid, uttesting og endring. Gitt realiteten; det som derfor viste seg å bli viktig og riktig å fokusere på, ble forankring, kartlegging og å gjøre den dypere organisasjonsanalysen ikke bare av arbeidsplassnivået som opprinnelig tenkt, men av hvorfor situasjonen på de kommunale helse- og omsorgsarbeidsplassene var som den var for å forske fram hvor skoen trykket og hva som kunne være mulige løsninger. Vår vurdering er at forprosjektet oppfylte i stor grad formålet det er å gjennomføre et forprosjekt som handler om å kartlegge og forberede, men fordi det ikke var mulig å dra ut til de ulike enhetene og gjennomføre de ulike aksjonsforskningsaktivitetene ble det heller ikke mulig å utarbeide ferdige modeller som inkluderte konkrete praksiser. Gitt utfordringene måtte prosjektgruppen ta et steg bakover i forhold til forventet setting og redefinere målsettinger og metoder i noen grad.

Tabell 1 oppsummerer skjematisk prosjektets fem delmål, gjør en vurdering av gjennomføringsgrad samt av hva slags forskningsbasert kunnskap og måloppnåelse som kom ut av forskningsaktivitetene. En hovedvurdering er at selv om prosjektarbeidet ikke kom helt i mål når det gjelder utarbeidelsen av metodikk og modeller, ble det avdekket betingelser og mekanismer som ikke var synlige ved oppstart av prosjektet – og som muligens ville medført en nødvendig justering av målsettinger og aktiviteter uavhengig av pandemien. Gjennom fokusgruppeintervjuene som fungerte som i alle fall delvise virtuelle piloter ble det gjennomført

kartlegging og dypere organisasjonsanalyse og sammenstilling av data. Det ble dermed brukt mer tid enn planlagt på disse aktivitetene, fordi aksjonsforskning, dypere prosessarbeid og modellutvikling helt eller delvis måtte utgå.

Tabell 1. Opprinnelig delmål, gjennomføringsgrad og output fra gjennomførte aktiviteter.

| Forprosjekt: Medarbeiderdrevet innovasjonskultur som verktøy for forbedring av helsetjenester | | |
|---|---|--|
| <i>Opprinnelig delmål (essens)</i> | <i>Gjennomføringsgrad</i> | <i>Output fra aktivitet</i> |
| Arbeidspakke 1 | | |
| Organisasjon og ansatte skal bli vant med å jobbe med utvikling av egen praksis og som en del av daglig drift. | Som planlagt. | Forankring og oppbygging av forståelse, utvikling av individuell og kollektiv bevissthet hos informanter. |
| Arbeidspakke 2 | | |
| Utkast til praksisnær innovasjonsmetodikk som inkluderer muliggjørende digitale teknologier. | Kartlegging gjennomført, både knyttet til overordnede rammebetingelser og oppgaver, prosesser og praksiser. Ikke mulig å utarbeide metodikk da aksjonsforskning måtte utgå. | Forskningsbasert og systematisk kunnskap om hvilke faktorer som kan hemme og fremme systematisk kompetanseheving og tjenesteforbedring gitt nåsituasjonen. |
| Arbeidspakke 3 | | |
| Modellutkast for medarbeiderdrevet innovasjon for kontinuerlig forbedring og tillitsbasert endringsledelse i organisasjonen. | Kartlegging gjennomført av hvilke prosesser, ressurser og strukturer som må være på plass for at en ny innovasjonsmetodikk skal kunne integreres med viktige arbeidsoppgaver og daglig drift. Ikke mulig å utarbeide modell da aksjonsforskning måtte utgå. | Forskningsbasert og systematisk kunnskap om hvilke prosesser, ressurser og strukturer som må være på plass for at en ny innovasjonsmetodikk skal kunne integreres med viktige arbeidsoppgaver og daglig drift, og hvordan jobbe med dette. |
| Arbeidspakke 4 | | |
| Modellutkast for ny organisering, arbeidsprosesser og praksiser som skal integrere medarbeiderdrevet innovasjon koblet til kontinuerlig kompetanseheving. | Kartlegging av behov og mulighetsrom for dette, basert på både rammebetingelser og hvordan disse er premissgiver for ressurstilgang, mestring og motivasjon. Ikke mulig å utarbeide modell da aksjonsforskning måtte utgå. | Forskningsbasert og systematisk kunnskap om hva som er viktige funksjoner, arenaer, og kommunikasjonskanaler for samspill, kunnskapsdeling og erfaringslæring på tvers. |
| Arbeidspakke 5 | | |
| Sammenstilling av metodikk og delmodeller til en helhetlig modell for robuste og plastiske fagmiljø. | Komplett sammenstilling ikke mulig da aksjonsforskning og prosessarbeid på arbeidsplassnivå måtte utgå. | Oppsummering av empiri og kobling av denne til annen forskningsbasert kunnskap om hva som skal til for å være robuste og plastiske på samme tid, samt hvordan virksomheter må jobbe helhetlig. |

3.3 Strategisk utvalg og oppsummering av datainnsamling

Arbeidsmiljøutvalgene og HMS-gruppene i de tre kommunene utgjorde det strategiske utvalget i prosjektet. I tillegg har det blitt gjennomført til sammen 3 dialogsamlinger. To av disse var med den store prosjektgruppen som representerte alle parallelle prosjekter i kommunene, og en var med kommunenes prosjektledere for dette prosjektet. Hver av arbeidsmiljøutvalgene og HMS-gruppene representerte flere enheter, og bestod av en leder, en tillitsvalgt, et verneombud og av og til medarbeidere i ulike roller. Deltagerne i intervjuene har derfor vært enhetsledere/avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud, og de jobber som sykepleiere, helsearbeidere, hjemmehjelp, vernepleiere, og representerer en god bredde av fagprofesjoner. På grunn av stor travelhet og arbeidspress, og en ikke ubetydelig sykefraværsutfordring, viste det seg å være svært krevende å få på plass og å få gjennomført intervjuavtalene. Disse avtalene ble etablert av kommunenes prosjektledere og dette arbeidet ble således ikke belastet prosjektet økonomisk, men det betyr også at det tok en del tid fra viktig prosjektarbeid fordi man ventet på å få i stand avtalene.

Alle intervjuene ble gjennomført digitalt. Tema i intervjuene var relatert til medarbeiderdrevet innovasjon, og grad av og problemstillinger rundt involvering, medvirkning og systematisk kompetanseutvikling som en del av arbeidshverdagen. Vi var interesserte i å få fram deltagerens erfaringer og synspunkter på arbeidssituasjonen i dag, og deres opplevde utfordringer og muligheter. Mestring og motivasjon var et viktig undertema her. Det ble også spurt etter deres tanker og synspunkter om hva som kan og bør være annerledes, og eventuelt nye måter å organisere arbeidet på.

Det ble gjort syv intervjuer med til sammen 24 deltagere. Det ble brukt en semi-strukturert intervjuguide. Helse- og omsorgssektoren i en av kommunene var i en særlig presset situasjon som gjorde at vi der intervjuet kun et HMS-utvalg. På hvert intervju deltok to forskere fra SINTEF, hvorav en hadde en hovedrolle som intervjuleder og den andre hadde hovedrolle som referent. Deltakerne ble informert om frivillighet og anonymitet, og sendte inn et samtykkeskjema på forhånd.

Tabell 2 gir en oversikt over intervjuene med HMS-utvalgene og Arbeidsmiljøgruppene i de tre kommunene og hvilke typer enheter som de representerte.

Tabell 2. Oversikt over intervjuer.

| Type enhet | Melhus | Midtre Gauldal | Skaun |
|------------------|--------|----------------|-------|
| Hjemmetjenesten | 1 | 2 | 1 |
| Bo- og dagsenter | 1 | 1 | |
| Sykehjem | | 1 | |

4 Resultater

Basert på kjernen i dette prosjektet – som handlet om å forske fram forståelser for hvordan helse- og omsorgsarbeidsplasser gjennom systematikk for medarbeiderdrevet innovasjon, og utvidet og direkte partssamarbeid, kan ha kontinuerlig kompetanseutvikling som en iboende del av sin arbeidshverdag – presenteres resultatene systematisert etter det som var hovedtemaene i den semistrukturerte intervjuguiden:

- Arbeidshverdagen – mulighet og behov for systematisk kompetanseutvikling
- Tilrettelegging for kompetanseutvikling
- Involvering og medvirkning i kompetanseutvikling

Resultatpresentasjonen er basert på en sammenstilling av resultatene fra alle intervjuene. Fordi intervjudeltakerne representerte flere ulike roller, uttrykte relativt like opplevelser og erfaringer, og disse har blitt kvalitetssikret ved presentasjon og diskusjon på dialogsamlinger og andre fellesarenaer, anser vi resultatene som representative for både disse tre kommunene og andre kommuner med likt ressursbilde. Delkapitler 4.1-4.3 er basert på rådataene fra intervjuene; disse delkapitlene er i så måte viktige fordi de synliggjør funn mest mulig som de er og som ikke er polert, svært analysert eller teoritilknyttet. De øvrige analysene og resultatene av disse bygger i stor grad på dette materialet, sammen med andre relevante data.

4.1 Arbeidshverdagen – mulighet og behov for systematisk kompetanseutvikling

Arbeidshverdagen på kommunenes helse- og omsorgsarbeidsplasser kjennetegnes av variasjon, men denne variasjonen er stort sett innenfor de samme typene oppgaver. Arbeidsdagen oppleves som hektisk, travel og at driften krever fullt fokus. Dagen er fylt med pasientrettede gjøremål, og det er ikke alltid man rekker alle oppgavene som står på arbeidslisten. De aller fleste sier at de er del av gode arbeidsmiljø, der de samarbeider og koordinerer seg imellom for å rekke dagens arbeidsoppgaver – det er dugnadsånd og de bretter opp ermene for å hjelpe hverandre så godt som mulig. Morgenen er den travleste tiden, og det er på denne tiden det er størst behov for å ha flest folk på jobb. I hjemmetjenesten bruker de mye tid på å kjøre fra sted til sted fordi folk bor spredt. På grunn av de geografiske avstandene, og for å unngå for mye kjøring, er det lagt til rette for at helsefagarbeidere kan ta enkelte sykepleieoppgaver etter opplæring, og sykepleiere tar enkelte helsefagoppgaver når de likevel er hos pasienten.

Ser man bort fra korona så uttrykker helse- og omsorgsarbeiderne i de tre kommunene at arbeidsoppgavene har endret seg "formidabelt". Større kompleksitet, sykere pasienter, sykehuspasienter i hjemmet, stort spekter i behov, mange syke barn og barn som skal dø - det var ikke slik før. Kompleksitet krever mye mer samarbeid og mer kontorarbeid, og mer sykepleierkompetanse. Dagens pasienter er mye dårligere enn bare for få år siden, og det vises til Samhandlingsreformen som hovedårsak. Skaun, for eksempel, bygget ned institusjonene (2013 - 2014) og gikk over til mer hjemmebaserte tjenester. Dette er en stor omstilling som. Det er også flere pasienter som har problemer knyttet til rus og psykiatri. Flere krav og oppgaver knyttet til diett og spesielt kosthold gjør at kjøkkentjenesten og matombringing er blitt mer arbeidskrevende og travlere enn før. Samtidig har de nedbemannet. Dette har krevd mye arbeid med å omorganisere oppgaver og rutiner. Midtre Gauldal, for eksempel, har hatt både ansettelsesstopp og nedbemanning samtidig som oppgavene blir mer krevende og har behov for mer kompetanse. Dette representerer stor omstilling for medarbeiderne i helse- og omsorgssektoren.

Dette at kommunene skal spare inn årsverk er inngripende i deres arbeidshverdag og preger arbeidshverdagen til medarbeiderne. Nedbemanning organiseres som omplassering. Foreløpig er det mange steder løst med pensjonering som ikke erstattes. Konsekvensen av nedbemanningene er enkelt sagt en travlere hverdag. Medarbeiderne kjenner at de ikke har tid til alt de ønsker å gjøre for beboerne; "*Det er lite tid til hver enkelt bruker. Det er litt nytt ennå, så vi har ikke rukket å omstille oss etter den siste innsparingen. Har ikke rukket å justere dagsplanene og de praktiske aktivitetene ennå for å dekke opp at det er en mindre på jobb dagtid.*" For eksempel; flere grupper av brukere får vedtak på antall timer de skal få hjelp og oppfølging. Samtidig ser helse- og omsorgsmedarbeiderne at de ikke har bemanning til å dekke opp



antall timer som hver bruker har fått vedtak på. Med innsparinger, nedbemanning og ansettelsesstopp har tjenestene rett og slett ikke folk til så mange timer. En gjennomgående refleksjon er at det er behov for å gjennomgå alle oppgaver for å skille ut hva de faktisk må gjøre og hva de kan slutte med. Arbeidskulturen oppleves som litt fastgrodd; *"Vi går i samme tralten"*. Arbeidsoppgavene har økt i antall og kompleksitet, men skal likevel løses med færre ressurser. Det er ikke motivasjon til å tenke nytt: *"Vi vet jo ikke hva som skjer fremover, vi vet jo ikke om vi har arbeid. Situasjonen gir ikke mye overskudd til utvikling"*.

Når det gjelder pårørende er det mange som sier at de ikke har så mye kontakt, og at det kan være vanskelig å følge opp pårørende gitt ressursituasjonen. Noen pårørende ønsker ikke, de gir uttrykk for å være utslitt etter å ha hatt mye ansvar og stor påkjenning i mange år; *"De synes nok det er godt å slippe"*. Helse- og omsorgsarbeiderne ser også at noen brukere er aggressive mot pårørende, spesielt etter flyttefasen og da holder pårørende seg unna. Noen har ressursvake pårørende, og noen har ikke nær familie. Noen vokste opp i fosterhjem og noen er barn av utviklingshemmede. Det er mange spesielle relasjoner det må tas hensyn til. Det kan være vanskelig at de hjelper de som ikke har pårørende mer enn de som har. Og de med pårørende som følger opp "sine" får en del ekstra. Det er selvfølgelig også noen pårørende som er tett på og engasjerer seg i det ansatte gjør. Her kan det være krevende for ansatte som hele må tiden ta hensyn til hva de tror at pårørende ønsker i ulike situasjoner, og kanskje er man ikke alltid enig om hva som er best for beboeren. Et eksempel som ble gitt var en pårørende til en beboer med epilepsi som forventet at alle anfall skulle meldes og diskuteres med nevrolog – selv om små anfall ikke er farlig. Det betyr at ansatte-pårørende relasjonen utgjør en krevende balansegang hvor det også er behov for mer kompetanse.

Opplæring og kompetanseutvikling er et kontinuerlig behov, men det er også kontinuerlig behov for oppfrisking og repetisjon, blant annet fordi det kan gå lang tid mellom hver gang man har enkelte av de spesialiserte oppgavene. Alle har fått opplæring i rus og psykiatri, men alle ønsker mer opplæring. Det er også behov for mer og jevnlig opplæring i teknisk utstyr og medisinske temaer knyttet til at pasienter skrives ut tidligere fra sykehuset, for eksempel når det gjelder personløftere, trykkavlastning. Smertepumpe og pustemaskin. Problemet er at dersom utstyret brukes sjelden så må kunnskapen gjentas. Samtidig er det er lite kontakt når det gjelder opplæring og kompetanseutvikling med sykehuspersonell, men også mellom hjemmebaserte tjenester og sykehjem. Det er en oppfatning av at de mulighetene som ligger i kommunikasjon på tvers av tjenester og sektorer er lite utnyttet. Generelt sett etterlyses det mer kompetanse på spesielle fagfelt – ikke bare det sykepleiefaglige, samt tverrfaglig kompetanse. Gjengs oppfatning er at det jobbes for lite med å få på plass nødvendig fagkompetanse. Verneombudene ønsker også kompetanse når det gjelder det psykososiale arbeidsmiljøet for å kunne jobbe forebyggende og dermed ta tak i utfordringer før *"det renner over"*. Ikke bare for seg selv, men for alle kategorier ansatte. Da tenker de blant annet på forebygging av sykefravær og det å kunne få folk raskere tilbake i arbeid.

Oppsummert ønskes det kompetanseutvikling på fag, tverrfaglige tema, teknisk utstyr, arbeidsmiljø og organisasjon. Samtidig oppleves hverdagen som hektisk og at det ikke er tilstrekkelig mulighetsrom – på flere måter – til kompetanseutvikling. Ansatte i helse- og omsorgssektorene i Melhus, Midtre Gauldal og Skaun opplever at de har fått flere oppgaver og færre hender å fordele oppgavene på. Selv om det snakkes om mestringsorientering og at man skal *"ta fatt i ting selv og skaffe seg kompetanse"*, oppleves det som u håndterlig å skulle bedrive egen og kollektiv kompetanseutvikling som en del av arbeidshverdagen. Et godt arbeidsmiljø betyr her dugnadsånd, men ikke rom for mestrings og utvikling. Tvert imot opplever de at de ikke klarer å gi pasienter den bistand de har behov for og krav på. Løsningen blir å løpe fortere i hamsterhjulet uten å ha kapasitet til å tenke nye løsninger.

Hvor er så nærmeste leder – for eksempel avdelingsleder – oppe i alt dette? Gjennom datainnsamlingen så vi at nærmeste leder gjerne hadde hendene fulle med administrative og koordineringsoppgaver, som å sørge for at alle vakter, arbeidslister og oppgaver er bemannet. På grunn av høyt sykefravær tar dette mye tid fra mer utviklingsorienterte oppgaver, og lederne må ofte trå til selv for å fylle vakter og opprettholde bemanning.

4.2 Tilrettelegging for systematisk kompetanseutvikling

Det er liten tvil om at det er behov for systematisk kompetanseutvikling. Samhandlingsreformen skapte nye utfordringer: Pasientene skrives ut tidligere, mange blir behandlet poliklinisk ved hjelp av hjemmetjenesten, det er økt antall demente, folk bor hjemme lenger med større bistandsbehov, og større behov for kompetanse på rus og psykiatri – ikke minst i forhold til unge pasienter. Dette gjelder også utviklingshemming og unge mennesker, for eksempel koblet til seksualitet. Det er også ofte ulike sykdommer i sykdomsbildet som må sees i sammenheng med riktig fagkompetanse. Økende kompleksitet oppleves ikke bare negativt; ansatte liker faglige utfordringer og variasjon, det gjør det lettere å beholde fagfolk. Koronapandemien har også åpnet nye arenaer og bidratt til å senke skepsisen mot digitale medier som kompetanseutviklingsverktøy.

Når det er sagt; å tilegne seg kompetanse er både tjenestens og den enkeltes ansvar. Ansatte fremstår som svært positive til kompetanseutvikling, men er tydelige på at gitt de organisatoriske rammebetingelsene oppleves dette som krevende. Noen har kartlagt kompetanse og alder hos ansatte for å ha oversikt over hva de trenger i årene som kommer, men kommer ikke helt videre. En del tar likevel e-læringskurs, men en leder uttrykte at hun til tider er litt usikker på utbyttet når man sitter slik for seg selv – hun har sett at de har vært litt vel raske på gjennomføringen. Noen kurs er også pålagte, og ledere følger opp med sjekklister og frister, noe som stort sett fungerer. Dette gir likevel lite kollektiv kompetanseutvikling. Webinar er fint fordi de kan ta kurset sammen og snakke om det etterpå – ansatte lærer mer og stoler på egen kunnskap. Men; kommunen oppleves som lite aktive når det gjelder å bruke digitalt utstyr i tjenesten. Flere peker på dårlige tekniske forhold, lite oppdatert digitalt utstyr, og at de kunne tenkt seg fysiske undervisningsrom.

Det understrekes at det finnes flere e-læringskurs og det er mulighet til videreutdanning, men det å ha tid og rom til dette er vanskelig – særlig fordi mange av disse må gjennomføres på fritida/utenom arbeidstid. Det har vært initiativ til internundervisning, men ressurspersonene måtte gjøre dette i tillegg til vanlig jobb og orket ikke i lengden. Når det meste av kompetanseheving må gjøres på fritida oppleves det lite tilgjengelig fordi de ansatte allerede kjenner på betydelig arbeidsmengde, overtid og stress. Der det er mulig å ta et e-læringskurs – og ansatte har fått e-post om dette – i arbeidstiden, oppleves det som vanskelig at kollegaene får en travlere dag hvis de selv setter av tid til e-læringskurs. Derfor kjenner mange på at de ikke har samvittighet til å gå midt i arbeidsdagen for å bruke tid på dette.

Det er ikke satt av tid til kompetanseutvikling i arbeidstiden, og noen sier også at de har spurt, men ikke fått fri til å ta kurs selv om de betaler selv. Andre sier at det har vært lite fokus på faglig kompetanseheving de siste årene og oppfatter at viljen for dette er liten. Flere savner for eksempel workshops og større grad av læring for eksempel ved å rullere på ulike stasjoner med ulike temaer. Andre igjen sier at de ikke har etterlyst kurs fordi de har gitt opp – opplevelsen er at kommunen sier nei på grunn av dårlig økonomi.

Når det gjelder tilrettelegging; ansatte opplever en stadig omorganisering, og nye initiativ og oppgaver som kommer til. Dette gjør at faglige temaer blir utsatt, og det oppleves som at all oppmerksomhet går til daglig drift. For eksempel, under koronaperioden er alt av undervisningstilbud fra f.eks. St. Olavs utsatt. Også samlinger som tidlig var mer eller mindre regelmessige har falt ut. Det har ikke vært diskutert eller prøvd å kjøre noen av tilbudene digitalt. Avdelingsledere sier de ønsker at ansatte kan delta på kurs og kompetanseheving samlet sånn at de kan diskutere og utveksle erfaringer med hverandre samtidig.

Behovet for koordinator nevnes også av flere. Noen har hatt kreftkoordinator, men som nå har sluttet og ikke blitt erstattet på grunn av ansettelsesstopp. Noen har lærlinger som tar fagbrevet hos seg, men ingen stilling å tilby etter at lærlingperioden er over. I tillegg nevnes behov for noen som kan det tekniske ved velferdsteknologien enda bedre og kan ha vedlikehold av denne. Noen har hatt et mål om at minst en ansatt skal ta videreutdanning pr. år, men en del vegrer seg på grunn av blant annet familiesituasjonen sin. Et annet dilemma er at de ser at de som får videreutdanning gjerne går over i nye jobber. Noen har mistet sykepleiere med spesialkompetanse på demens, mens andre har mistet en kreftsykepleier.

4.3 Involvering av medarbeiderne i systematisk kompetanseutvikling

Mange uttrykker at det på grunn av travelhet og underbemanning er utfordrende å finne nye løsninger for systematisk kompetanseutvikling. Det er ikke alltid lett å finne ut av hva som er travelt og hvorfor det er travelt. Samtidig tenker flere at HMS-gruppene og Arbeidsmiljøutvalgene kan bidra til bredere involvering og utvikling av mer enhetlige praksiser for systematisk kompetanseutvikling som ser behovet for fagkompetanse på tvers av enheter. Man er tydelig på at et godt fagmiljø er viktig for å rekruttere. Men; dersom HMS-gruppene og Arbeidsmiljøutvalgene skal brukes til dette er det behov for klarere mandat, rollefordeling og forventninger. Systematisk formidling og prosesser på tvers må etableres. Det handler også om å diskutere organisering; for eksempel hvordan de kan jobbe for å frigjøre helsepersonell til faglig kompetanseutvikling, involvere pasienten mer og så videre. Dersom helsefagarbeiderne fikk opplæring i en del sykepleietekniske ting kunne belastning og samarbeid blitt jevnere.

Det påpekes at den pågående omstillingen med tanke på bemanning og ressurser gjør at man opplever å ikke få så mye tid til andre ting; *"Det er så mye som skjer, vi bare henger oss på det som skjer, uten noe mer tanker om det. Man blir litt apatisk – vi brenner ikke for en ting, det er så mange ting vi må brenne litt for nå"*. Det pekes også på mangelen på den overordnede pådriveren på ledernivå: *" Det er mye endringer i ledelsen. Det blir litt opp til den enkelte, det er litt tilfeldig det som skjer. Det blir litt fra dag til dag, fra avdeling til avdeling"*. Når ansatte opplever at de mangler lederkrefter blir forankring og motivasjon utfordrende.

På spørsmål om ansatte opplever at de blir oppfordret til å engasjere seg for å finne gode løsninger, er svaret delvis. De ser også at nærmeste leder er i *"skvis på grunn av økonomiske rammer"*, og blir bedt om å skrive avvik og overtid hvis de ikke rekker matpause, for dette kan nærmeste ledere presentere for ledelsen over; *"Det er mange ledige stillinger og vi mangler mange som skal jobbe i helg. Bekymringen er stor. Tror økte sykmeldinger er eneste som hjelper for at ledelsen skal forstå problemet."*

Utover dialogen med nærmeste leder og kollegaer opplever ansatte å være lite involvert i utviklingsarbeid, ikke minst på tvers av tjenester og kommuner; *"Hovedtillitsvalgt er involvert i innovasjonsprosjektet. Plassstillitsvalgt får informasjon. Ansatte får som regel ingen informasjon."* Det oppleves som at endringer "bare kommer", som for eksempel at de gikk over til ubetalt matpause og endring av deltidsvakter.

Likevel; fokusgruppeintervjuene avslørte flere grep som nærmeste leder og medarbeiderne sammen gjorde i enkelte enheter og avdelinger, og som ble opplevd som svært positive og mulighetsromskapende. Her er en oppsummering av gode eksempler på aktiviteter relatert til nye metoder for samhandling, og nye arbeidsprosedyrer og rutiner, som faller inn under betegnelsen medarbeiderdrevet innovasjon – med tilhørende eventuelle utfordringer gitt situasjonen rundt:

- Reorganisering i hjemmetjenesten etablerte daglig felles morgenmøte som utgangspunkt for dagen, hvor hjemmehjelperne og hjemmesykepleierne møttes, ble kjent og fikk anledning til erfaringsutveksling både seg imellom og med hjemme-sykepleierne. Muligheten for å dele erfaringer gjør det også lettere å vikariere for hverandre, og gir mye. Utfordringen her er at mye av kompetanseformidlingen foregår fra person til person – individuelt og ikke satt i system, grunnet kapasitetsproblemer. Kurs tilbys fortsatt bare for temaer de er nødt til å ta, og det er vanskelig å få betalt kurs og permisjon.
- Fokus på faglig kompetanse fordi dette motiverer ansatte, gir bedre kvalitet i tjenestene og er et rekrutteringsmiddel. Her har man etablert systematisk refleksjon som metode og har satt av tid til refleksjonsmøter i mange år, spesielt etisk refleksjon. En avdeling bruker en time pr. uke og alle er med – også nattevaktene. Det spilles inn et tema – både pasientnære og andre, og så med runde rundt bordet. Dette fungerer veldig godt, og betyr mye for læring. Ledergruppene har også ukentlige møter og med refleksjon en gang/måned. Diskuterer beslutninger og samhandling.

- Bo- og dagsenter etablerte nærgruppe med to til tre ansatte som kunne bruke tid på å diskutere jobb/fag. Nærgruppen var team som jobbet sammen på vakt. Nå jobber de på vakt sammen i helg, og har da litt tid til å ta opp ting seg imellom. Det kommer oftere forslag til endring i tilbudet til beboerne på grunn av dette, og ansatte har blitt flinkere til å skrive endringene inn i profil/journal uten å måtte avklare med leder først.
- En leder som har tatt lederutvikling fikk direkte tilbakemelding i fokusgruppeintervjuet på at "*Vi merker at du har tatt lederutvikling – du har løftet deg som leder!*". Ansatte ble utfordret på av leder på direkte involvering og medvirkning – forventning om at ansatte skulle komme med idéer til utvikling av arbeidspraksiser og arbeidsprosesser gjennom ulike rutiner som er gjennomførbare i en travel arbeidshverdag; for eksempel gråpapir på veggen på personalrommet og post-it lapper.
- Direkte involvering ved risikokartlegging hvor verneombudet gjorde dette sammen med ansatte. Handler om å ta hverandre med og bruke hverandres kompetanse når nye ting skal diskuteres rundt for eksempel brukere, tilrettelegging og arbeidsmiljø.
- Direkte involvering av ansatte ved at de har gjennomgått alle arbeidsoppgaver for å se hva som kan reduseres. Situasjonen er at det er ingen innsparingsmuligheter sånn som det drives nå. Valgte å innføre digital trygghetsalarm med responscenter som har frigjort litt tid, og prøvd ut medisindispenser med vekslende hell. Også forsøksordning med å dele nattevakt med naboavdelingen for å få bort hvilende vakt.
- Bruk av velferdsteknologi som tidssparer: Eksempler er tråkkematte foran senga om natta, fallalarm, epilepsimatte og kommunikasjonshjelpemiddel. Men; de mangler mye teknologi på brukere. Skal begynne å se etter hva de kan trenge av teknologi, og får hjelp og veiledning hvis de spør. Verneombudet er også inne her, med fokus på ansatte og organisasjon.
- Ved en enhet var det en fellesstue som brukerne ikke brukte. Ansatte spurte om de kunne få den og ominnrede til stille arbeidsrom og pauserom. Det er nå også snakk om nybygg hvor avdelingsleder og verneombud er involvert i planprosessen. Ansatte har fått kommentere tegninger og innspill til endringer og det oppleves som gode diskusjoner.

Det som vi ser av disse gode eksemplene, er at det er mulig å designe og etablere praksiser for systematisk kompetanseheving gjennom ulike aktiviteter som kan kategoriseres som medarbeiderdrevet innovasjon. Et viktig og godt kjennetegn ved disse aktivitetene er at de legger til rette for kollektiv og ikke bare individualisert læring i arbeidshverdagen på disse arbeidsplassene. Utfordringene er at de er enkeltstående, kontekstspesifikke – for eksempel knyttet til en spesifikk hendelse eller situasjon, personavhengig – for eksempel av en bestemt leder med særlig kompetanse eller en ressursperson på arbeidsplassen, og litt tilfeldige – de inngår ikke som en del av en sammenhengende systematikk, men er begrenset til kontekst og person. Faller en av disse bort er aktiviteten også i fare for å opphøre. Uten organisatorisk systematikk blir enkeltstående tiltak svært sårbare, ikke minst med tanke på kontinuitet og kollektiv erfaringslæring over tid.

Slik som det fremstår nå, har disse aktivitetene oppstått og blitt gjennomført nesten mer på tross av en krevende arbeidssituasjon heller enn på grunn av gode rammebetingelser og tilrettelegging. De preges av arbeidsmiljø med dugnadsånd, at ildsjeler ser et behov og ansatte som har et sterkt ønske om faglig kompetanseheving – ikke minst for pasientenes og brukernes del, og med tanke på stadig forbedring av tjenestetilbudet. Aktivitetene veldig lokale, da det oppleves som at det er lite dialog og samarbeid på tvers av enheter, distrikter og kommuner.

HMS-gruppenes og Arbeidsmiljøutvalgenes roller her er også uklare, både som verktøy for involvering og som nøkkel for systematikk på tvers. Det kan se ut som at det er mye uutnyttet potensiale her for å øke involvering, innhold og form på systematikk, og samhandling på tvers.

4.4 Oppsummering av resultater

Hovedbudskapet er at ansatte i helse- og omsorgssektoren i de tre kommunene opplever at det er lite fokus på systematisk faglig kompetanseutvikling. Til tross for at behov og ønske om systematisk faglig kompetanseutvikling er der, er arbeidshverdagen er hektisk og man opplever at det ikke er tilrettelagt for det; *"Vi er på hælene hele tiden – men dette har vi lyst å ta tak i. Vi må få det inn i arbeidshverdagen vår"*. Det at det snakkes om, men aldri blir satt i system, oppleves også som at det går på motivasjonen løs, og foster hos en del heller apati enn initiativ. I en arbeidshverdag preget av stort arbeidspress, stress og overtid – til dels ubetalt fordi det ikke registreres et kvarter ekstra her og en halvtime ekstra der – har ansatte begrenset med energi til faglig oppdatering på fritiden. Man får heller ikke permisjon med lønn for viktig faglig kompetanseutvikling – gjerne med begrunnelse i økonomi. Beskjeden fra ansatte er klar; *"Det må settes av tid og ressurser. Det må settes mer i system."* Løsningen blir som tidligere nevnt å løpe fortere i hamsterhjulet heller enn å klare å utvikle nye praksiser og prosesser og å gjøre ting annerledes. Ansatte løper i et spurtempo i det som realiteten er en maraton.

Det pekes på liten lederkapasitet – leder er sysselsatt med koordinering og brannslukking og oppleves til dels som utilgjengelig. Enkelte steder er det hyppige utskiftninger av ledere. Vi ser ledere som er på jobb klokken syv og som har hendene fulle med å håndtere fravær i avdelingen, ta del i det daglige stellet av pasienter og brukere, bistår andre avdelingsledere som trenger hjelp, deltakelse på møter utenfor avdelingen og ikke minst oppfølging av sykefravær som tar mye tid. I tillegg har det vært, som en sa; *"... vanvittig mye tid til koronaarbeid"*. En annen leder uttrykker at *"Arbeidsoppgavene er forferdelig store"*, at det ikke er god oppfølging fra kommunens ledelse, og at man som avdelingsleder føler seg litt alene og på *"sidelinja"*. Det er utfordrende for en leder å løfte blikket og å involvere medarbeidere i systematisk faglig kompetanseutvikling når man ikke har hodet over vannet selv, og kanskje heller ikke har trening i hva som kan være gode verktøy og prosesser. Kort oppsummert; følgende faktorer ble identifisert som hemmende for etablering av systematisk kompetanseutvikling på de kommunale helse- og omsorgsarbeidsplassene basert på partssamarbeid og medarbeiderdrevet innovasjon:

- Ikke tid og rom i arbeidshverdagen
- Vanskelig ressursituasjon; det er noen ildsjeler, men disse orker ikke ubetalt dobbeltarbeid i lengden
- Ledelseskapasitet spises opp av administrasjon
- Mangel på gode verktøy og arenaer – samt kompetanse på læring
- Lite involvering
- HMS-gruppene og Arbeidsmiljøutvalgene mangler klart mandat, rolleklarhet og samhandlingsalternativer
- Forståelse for hva som er viktig og riktig kompetanseutvikling i den enkelte kontekst – individuelt og kollektivt
- Forståelse av medarbeiderdrevet innovasjon og partssamarbeid som metodikker for systematikk når det gjelder systematisk kompetanseutvikling på arbeidsplassen
- Forankring i kommuneledelsen – men ikke ansvarstaking

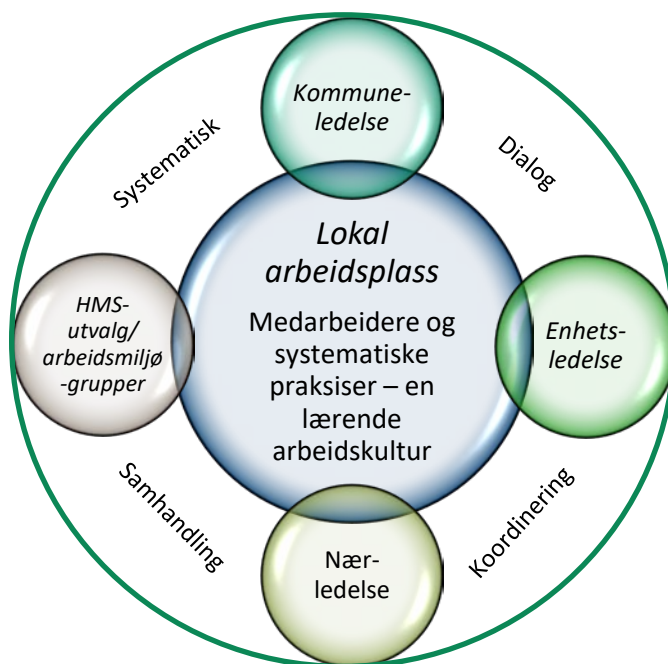
Avdelingene, både ledere og ansatte, ønsker systematisk kompetanseheving, men gitt arbeidsbetingelsene i nåsituasjonen ser de ikke hvordan de skal få dette til. Det er derfor først og fremst behov for forskningsbasert arbeid gjennom aksjonsforskning for å definere helt konkret hvilke prosesser, ressurser og strukturer som må være på plass for at en ny innovasjonsmetodikk integreres i eksisterende praksiser, koblet til tilpasset arbeidsorganisering.

Resultatene i prosjektet viser at det er mulig å organisere for kompetanseutvikling gjennom medarbeiderdrevet innovasjon – og gjennom aktiv bruk av etablerte arenaer for partssamarbeid. Ved å definere og konkretisere retning for HMS-gruppenes og Arbeidsmiljøutvalgenes rolle når det gjelder agenda, oppgaver, samhandlingskultur, og generell forventningsavklaring kan disse fungere som viktige

pådrivere og brobyggere i dette arbeidet. Det forutsetter at de som er med i disse får nødvendig tid, rom og myndighet, og at det fra kommunens side tilrettelegges for kommunikasjon og koordinering på tvers også på lavere nivå. På denne måten kan man utnytte potensialet i partssamarbeidet.

Utfordringen er å få dette til å bli systematisk og noe som kjennetegner alle enheter og avdelinger i kommunene. I tillegg er det økt behov for dialogarenaer og kommunikasjonskanaler for samspill, kunnskapsdeling og erfaringslæring på tvers. En ting er at ledere og medarbeidere på den enkelte arbeidsplass ser behov for og ønsker å gjøre ting annerledes; for å lykkes er det nødvendig med innsikt i kompleksitet og sammenhenger – og dessuten mulighetsrom og motivasjon. Et første skritt for å bygge reell motivasjon hos ansatte er forutsigbarhet i arbeidssituasjonen med klare forventninger og krav som grense-settning og stressregulering. Bedre mestring utvikles gjennom god støtte (profesjonell ledelse, faglig kvalifiserte tilbakemeldinger, og god arbeidskultur), mer tillit og økt beslutningsfrihet som kan bygge ansvarskompetanse, og bedre tilpassede krav.

For å utvikle en lærings- og innovasjonskultur – som er noe mer enn et godt arbeidsmiljø med dugnadsånd – er det viktig med et kollektivt fokus – individualiserte tiltak legger ansvaret på den enkelte medarbeider, mens det i realiteten må fordeles på flere aktører. Figur 4.4 visualiserer en slik ansvarsdeling – selv om selve arbeidet med kompetanseutvikling må skje på den enkelte arbeidsplass.



Figur 4.4. Ansvarsfordeling for etablering av systematisk kompetanseutvikling i kommunal helse- og omsorgssektor.

Denne konstellasjonen må sammen utvikle en modell for utvikling av innovasjonskultur. Første trinn er å bli enige om hvilke faglige aspekter man velger å ha i fokus – for eksempel eldres utfordringer, rus og psykiatri, og komplekse sykdomsbilder. Også endringer knyttet til samhandlingsreformen og organisatoriske målsettinger er relevante. Videre må det velges fokusområder. Dette prosjektet har vist at relevante områder er faglig samhandling på tvers, velferdsteknologier og ledelse og kollektiv læring. Et siste element i en mulig innovasjonsmodell er valg av verktøy for utvikling og utprøving av nye praksiser basert på medarbeiderdrevet innovasjon; dette kan gjøres gjennom etablering av piloter og aksjonsforskning. Ikke minst er det viktig å ha i mente at dette ikke er en quick-fix men et langsiktig arbeid – Rom ble ikke bygget på én dag. Det er behov for tilrettelegging av ressurser, arenaer og organisering, for kontinuitet og kompetanse i ledelse, og for utvikling av systematiske praksiser og prosesser for kompetanseutvikling.

5 Veien fram til medarbeiderdrevet systematisk kompetanseutvikling

Forskningen og de intervjuedes virkelighetsbeskrivelse passer overens, og det er enighet om utfordringene i arbeidssituasjonen nå. Kompetanseheving må til for å håndtere dette. Både ansatte og ledere vet hva de ønsker å få til, men det de strever aller mest med er at det ikke er tid eller ressurser tilgjengelig.

Omorganisering, nedbemanning, rekrutteringsstopp og innsparinger som er besluttet på nivå over avdelings- og enhetsledere tar tid og krefter fra utviklings- og innovasjonsarbeidet på hver enhet/avdeling. Dette prosjektet skulle lage en modell for systematisk kompetanseutvikling gjennom aktiviteter som bygger på medarbeiderdrevet innovasjon. På grunn av nåsituasjonen som ansatte i sektoren befinner seg i oppdaget forskerne at det var nødvendig å ta et skritt tilbake og fokusere på hvilke betingelser i organisasjon og på arbeidsplass som er nødvendige forutsetninger for å få dette til. Dette heller enn å kjøre på med aktiviteter og tiltak som de ulike avdelingene likevel ikke hadde forutsetning for å forstå eller mulighet til å utføre gitt eksisterende arbeidsbelastning og organisering. Vi ser at det er nødvendig å få på plass ansvarstaking fra ledelse over enhets- og avdelingsnivå i det å ha innsikt i og forstå alvoret i situasjonen, kjøre prosesser som gjør kollektivet av ansatte på en arbeidsplass endrings- og utviklingskompetente, og gi avdelingene kunnskap om hva som skal til for å utvikle en lærings- og innovasjonskultur på arbeidsplassen.

Det vil fremover og i en første fase være nødvendig å jobbe med å ha riktig organisering, tilstrekkelig med ressurser og minst tilrettelegge for ansattes og lederes motivasjon og mestring – som for mange per i dag forsvinner i den daglige spurten som det er å komme seg gjennom alle arbeidsoppgaver og likevel føle at man kommer til kort. Både hvordan ledere og ansatte skal jobbe med individuell og kollektiv kompetanseutvikling må forstås. Kompetanse og verktøy på fasilitering av idégenereringsprosesser, innbefattet prosess for uttesting, oppfølging, evaluering og videreføring av initiativ er noe som må læres, men det er vanskelig å bli utviklingskompetent når alt man erfarer er hamsterhjulet. Det er dette som skal til for å nå målet om gode praksiser, arenaer og rutiner som sikrer systematisk kompetanseutvikling gjennom medarbeiderdrevet innovasjon, og som skal utløse den økte verdiskapingen som ligger i det å ha attraktive arbeidsplasser og stadig forbedrede tjenester langs mange dimensjoner.

Dette avsluttende kapittelet vil derfor – i tillegg til en kort innføring i medarbeiderdrevet innovasjon og den norske modellen som bakteppe – handle om hva som er viktig å ha på plass for å lykkes med dette og hvorfor. Dette er basert på analysen av datamaterialet koblet opp mot etablert forskning på motivasjon, mestring, endringskompetanse og utviklingsledelse. Det handler om hva som fremmer systematisk kompetanseheving, og hvilke viktige underliggende innsikter, prosesser og strukturer som må være på plass.

5.1 Medarbeiderdrevet innovasjon

Medarbeiderdrevet innovasjon er en metodikk som blant annet brukes for å utvikle arbeidsplasser. Det er de ansattes ressurser og kompetanse som er driveren bak medarbeiderdrevet innovasjon, og det er læring som er den grunnleggende mekanismen bak praksisbaserte, medarbeiderdrevne innovasjoner (Høyrup, 2010). Innovasjonen kan bestå av nye metoder, nye arbeidsprosedyrer, rutiner eller tilbud som gis, og de er forankret i erfaringene, kunnskapen og ferdighetene til de ansatte. Det er de ansatte som har fått ideene og investert tid og kreativitet i arbeidet med å skape innovasjoner (Klitmøller et al., 2007).

Begrepet "medarbeiderdrevet innovasjon" inneholder to sentrale ord, og som det fremgår av begrepet, snakker vi her om *innovasjon* drevet frem av *medarbeidere*. En av de mest brukte definisjonene på innovasjon er Schumpeters (1934), som sier at innovasjon er noe nytt som kan realiseres i en form som har merverdi. Det nye kan enten være i form av metoder, praksiser, produkter eller service. Høyrup (2010) peker på at når innovasjon forstås som kunnskap som brukes eller kombineres på relevante, nye produkter, prosesser, servicer, opplevelser eller transformasjoner som gir verdi, kobler det innovasjon tett sammen med de ansattes oppfatninger, ferdigheter og atferd i organisasjonen. Også Aasen og Amundsen (2015:18) peker på det kollektive aspektet og at innovasjonen må tas i bruk; "*Innovasjon skjer gjennom kollektive prosesser som oppstår med utgangspunkt i en ny idé, og som får sin effekt når resultatet av den nye ideen tas i bruk gjennom å forandre hvordan mennesker organiserer seg, hvilke redskaper og teknologier de utnytter eller*

hvordan de lever." (Aasen & Amundsen 2015, s. 18). Og; *"Innovasjon må forstås som langstrakte, multilineære forhandlingsprosesser hvor brukere i ulike sjatteringer er aktive og kreative medaktører heller enn passive forbrukere"* (Moser & Hilde Thygesen 2014, s. 59).

En av grunnene til å involvere medarbeidere i arbeidet med systematisk kompetanseutvikling og bedre tjenestekvalitet, er at løsningene man lander på vil være best mulig tilpasset hverdagerfaringene og arbeidssituasjonen der de jobber. Medarbeidere i kommunal helse- og omsorgssektor jobber tett på brukere og pårørende og de er dermed tett på informasjonsflyten og brukeropplevelsene, noe som gjør de til en viktig kilde til nye ideer for utførelse og forbedring av tjenester (Klitmøller et al., 2007). Begrunnelsen for medarbeiderdrevet innovasjon kan altså forstås i lys av ordtaket "den vet best hvor skoen trykker den som har den på". Medarbeiderdrevet innovasjon er et tankesett og en måte å arbeide på, ikke et avgrenset prosjekt eller en engangshendelse, og det er derfor relevant å bruke begrepet innovasjonskultur om den tankemåten man ønsker å etablere i organisasjonen – og for å etablere dette må organisasjonen være utviklingskompetent og medarbeiderne må ha reell endringskapasitet.

Medarbeiderdrevet innovasjon er en prosess som skaper innovasjon nedenfra og opp gjennom involvering av ansatte, men prosessen må organiseres, støttes og anerkjennes ovenfra, for den oppstår ikke av seg selv (Høystrup 2010). Ansatte må få tid til å reflektere, drive kontinuerlig læring og ha dialog med brukere, og også nok tid til å utvikle potensialet som oppstår ved å ha brukt tid på dette (Wihlman et al. 2014). Det er utveksling og utprøving av nye ideer, samt organisasjonens respons på disse, som bidrar til kontinuerlig læring hos både ansatte og organisasjon (Stacey, 2003; Wihlman 2014).

Å legge til rette for at ansatte deltar i diskusjoner og refleksjoner rundt (arbeidsrelaterte) tema som ikke alltid bunner i en konkret forbedring, krever tilslutning fra leder. Flere studier peker på at det å få lov til å bruke nok tid på diskusjoner er en særlig kritisk faktor (Hovlin et al., 2011; Birkinshaw and Duke, 2013), i tillegg til at utforskning og kreative forslag må ønskes velkommen (Klitmøller et al. 2007; Smith et al., 2012) for at man skal oppnå resultater. Både ledes og kollegaers holdninger til tid brukt på dette, i tillegg til hvordan kommunikasjon rundt prosessen har vært ivaretatt, vil påvirke utfallet og mulighetene for å implementere nye ideer (Wihlman et al. 2014). Dette er en viktig forutsetning for kollektiv læring og utvikling. Læring er en nøkkelprosess i medarbeiderdrevet innovasjon, og en grunnleggende forutsetning for faglig utvikling som en iboende del av jobben, både individuelt og kollektivt.

For å oppnå MDI kreves det at medarbeidere involveres og settes i stand til å bidra innovativt. MDI skjer gjennom diskusjoner rundt forslag til små og store endringer på arbeidsplassen, der et utvalg av forslagene tas videre for grundigere diskusjoner, der noen av dem til slutt settes ut i livet. Det er beslutningen om å implementere det nye, og dermed endre en eksisterende praksis, som utgjør skillet mellom et initiativ og en innovasjon (Rogers, 2003 i Wihlman et al 2014). MDI må være en kontinuerlig prosess, men det er viktig å påpeke at den ikke er lineær (Wihlman et al 2014). Det er alltid viktig å stoppe opp, se seg tilbake og se på gamle forslag på en ny måte. Revurdering av mål og midler er en del av innovasjonsprosessen. Det kan av og til være nyttig å gå tilbake og plukke opp et gammelt forslag og se på det på nytt, for kanskje har det dukket opp nye momenter som gjør at forslaget lar seg realisere. Det kan også skje at etter å ha implementert en endring, oppdager man at den ikke fungerte etter intensjonen, og da er det fornuftig å gjøre endringer. MDI er som sagt en kontinuerlig og ikke-lineær, og noen ganger også langvarig, prosess fra idé til vellykket implementering. Det er naturlig og normalt at ting tar tid, at mål og midler revurderes underveis etter som erfaring vinnes. Et mål som settes på grunnlag av lite kunnskap må justeres etter hvert som man vinner erfaring og får ny kunnskap.

MDI gjennomføres som oftest i en eller annen form for arbeidsgruppe, men det brukes også en del tid på aktiviteter som gjøres individuelt (Tidd og Bessant, 2009). Individuelt arbeid kan være knyttet til alle faser av prosessen, fra å beskrive idéen sin til å utforme planer. For å være helt konkret på hvordan MDI kan settes i gang, bør det lages en plan for hvordan arbeidet skal gjennomføres, og gjerne så detaljert at møtetidspunkt, hvem som skal delta i diskusjoner og når og hvordan det skal informeres er beskrevet

(Amble et al Håndbok; Solem & Hermundsgård, 2015). En plan vil skape press på fremdrift og at ting følges opp, men den må samtidig være fleksible og tilpasses endringer underveis slik at det blir en fornuftig tilnærming. Jevnlige justeringer av planen er en del av selve planprosessen. Det er ikke slik at alle i arbeidsgruppen må være med hele tiden, arbeidet kan deles opp så lenge informasjon og kommunikasjon deles med alle. Arbeidsgruppens rolle er å kommunisere med og informere resten av arbeidsstokken. Arbeidsgruppen vil være "driveren" av arbeidet, men deltakerne i arbeidsgruppen skaper ikke endring av praksis alene. Medarbeiderdrevet innovasjon har tre faser som til tider skjer parallelt: Planlegging, utprøving og tilpasning.

5.2 Den norske modellen som viktig bakteppe

Involvering av medarbeidere er i dag lovpålagt ved at partssamarbeid i hver enkelt virksomhet er avtalefestet mellom partene i arbeidslivet. Begrepet partssamarbeid brukes om samarbeidet mellom de ansattes representanter – altså de tillitsvalgte – og ledelsen i en virksomhet. Partssamarbeid mellom tillitsvalgte og ledelse er lovregulert, og er noe alle virksomheter må gjennomføre. Som et minimum, må diskusjonene partene imellom dreie seg om HMS- og lønsspørsmål. Dette er som sagt lovpålagt, men tillitsvalgte og ledelse kan gjerne diskutere flere viktige forhold. Det er opp til ledelsen å åpne opp for mer partssamarbeid, selvfølgelig også etter ønske fra tillitsvalgte, og det er ingenting som hindrer at diskusjonene også kan dreie seg om innovasjon, kompetanse og utvikling av arbeidsplassene og virksomheten. Dette samarbeidet mellom tillitsvalgte og ledelsen er en indirekte medarbeiderinvolvering fordi de tillitsvalgte er representanter for medlemmene i sin fagforening. I en endringsprosess ønsker man også gjerne å involvere alle medarbeidere direkte, i større eller mindre grad.

Vellykket direkte medarbeiderinvolvering er avhengig av at ledere forstår minst to ting: Hvordan endringsprosesser påvirker ansatte, og at ansatte kan være deres beste ressurs i endrings- og utviklingsprosesser. Det overordnede spørsmålet som mange ansatte lurer på i en situasjon med endringer er: Hvordan vil endringen som kommer påvirke min arbeidshverdag? Hvis dette spørsmålet ikke besvares, kan det bidra til usikkerhet og kanskje også motstand hos de ansatte mot det nye som kommer. Da bygger ikke organisasjonen endringskapasitet. Å ha etablert gode strukturer og rutiner for å involvere ansatte i organisasjonen er en del av det å bygge endringskapasitet (Meyer og Stensaker, 2011). Disse strukturene og rutinene handler både om å ha møtearenaer å diskutere på og en kultur for åpen diskusjon og refleksjon. Det handler også om å planlegge en god prosess for involvering, der det først avklares hva de ansatte har påvirkningskraft på og ikke, og som sørger for at ansatte er involvert i utvikling av løsninger og i uttesting av disse (Vestergaard, 2020). En god plan og støttende strukturer og rutiner er også viktig dersom organisasjonen skal gjøre seg nytte av medarbeiderdrevet innovasjon.

Selv om tillitsvalgte er ansatte på lik linje med andre, og i den forstand er en del av den direkte medvirkningsstrukturen på en arbeidsplass, er de også i kraft av rollen en del av den indirekte medvirkningsstrukturen. Tillitsvalgtes betydning for å bygge fruktbare og tillitsfulle relasjoner mellom ledelse og ansatte er godt dokumentert (Øyum et al, 2020), og godt partssamarbeid vil styrke prosessen for å igangsette og vedlikeholde medarbeiderdrevet innovasjon. Tillitsvalgte kan bidra til å skape rom for å bruke tid på medarbeiderdrevet innovasjon, og sørge for at en innovasjon ikke skaper negative forhold for noen grupper (Rocha 2010). Det er vesentlig at ledere og tillitsvalgte begge ser verdien av MDI og sammen påpeker viktigheten av å bruke tid på dette.

5.3 Organisasjonsutviklingsprosesser

Delprosjekts "Faglig utvikling" hovedmål er å få utarbeidet forskningsbaserte modeller for systematisk kompetanseutvikling som er en integrert del av daglige arbeidsprosesser og som er basert på medarbeiderdrevet innovasjon (og dermed på noen av nøkkelementene i den norske modellen), som piloteres i alle tre kommunene og som så implementeres. Delmålene springer ut fra dette; for medarbeiderne skal utvikling være en del av egne daglige praksiser, metodikken som brukes skal være tilpasset disse praksisene og kontekstene, fokus hos ledelse skal være tillit og jevnlig forbedring, og metodikken skal bidra til nødvendig kompetanseheving som er tilpasset den økende kompleksiteten medarbeiderne på kommunale helse- og omsorgsarbeidsplasser kontinuerlig står i.

For at dette skal lykkes er det noen kritiske faktorer som må være på plass – og som står mellom linjene i formuleringene av hovedmålene og delmålene. Det ene er systematikk. **Det må være systematikk i praksiser, prosesser og organisering – og ikke minst i ledernes fokus – for at dette skal kunne nås.** Kompetanseutvikling og medarbeiderdrevet innovasjon er ikke noe som gjøres av og til, når det tilfeldigvis er tid og man kommer på det, eller når det plutselig oppstår et akutt problem. Skal faglig utvikling være noe som bidrar til kontinuerlig kompetanseheving og en arbeidsplass som tar livslang læring på alvor må det være tilpasset systematikk gjennom gode metoder som er integrert i de faste arbeidsprosessene.

For at det skal bli mulig med et slikt systematisk arbeid **må det være tid og rom for det** – på de ulike arbeidsarenaene. Det betyr at innholdet i arbeidsprosessene må endres til å inkludere systematikken og at organiseringen av disse legger til rette for at medarbeidere og ledere får tid og rom til faglig utvikling. Skal man få til dette må organisasjon, medarbeidere og ledere gjøre noe annerledes enn i dag. Det handler ikke om mer og/eller bedre av det samme, men om organisasjonsutvikling og ledelse av endring.

En tredje kritisk faktor er at **hovedansvaret for å lykkes** gjennom å ha fokus på systematikk og for tilrettelegging av innhold og organisering må ligge på organisasjonsnivå og ikke på verken nærmeste leder eller medarbeidere. Det handler blant annet om at organisasjonen – i dette tilfellet kommunenivå og enhetsnivå – må prioritere ressurser på en slik måte at riktig organisering av arbeidsprosessene er mulig. Gjennom forskningsprosjekter kan systematikk utvikles og arbeidsmodeller designes, men uten tilstrekkelig ressurser som skaper tid og rom vil oppgaven fort være håpløs på arbeidsplassnivå. Dette er helt kritisk for at organisasjonen skal klare å gjøre ting kvalitativt annerledes.

Når det er sagt; det er klart at også nærmeste leder og medarbeiderne har et eget ansvar for å ta i bruk systematikk og utnytte tiden og rommet som er tilgjengelig. **Det handler om å bygge ansvarskompetanse for involvering fra leders side og for medvirkning og initiativ fra medarbeidernes side.** Det betyr at ledere og medarbeidere også må prioritere å ta i bruk ny systematikk, endre arbeidspraksiser og -prosesser og fokusere på kontinuerlig kompetanseutvikling og livslang læring som en del av sin komplekse og krevende arbeidshverdag.

Med litt færre ord; **organisasjonen må være klar for nye metoder og nye praksiser – fra bunn til topp.** Her er prosjektet godt forankret hos topplederne i kommunene. Det burde være et godt utgangspunkt for å lykkes. God forankring skaper positive holdninger, adekvate sosiale normer, den viktige forståelsen av at dette har vi behov for og at dette har vi lyst til å være med på. Dersom modellene som presenteres ikke er kunnskapsbaserte, kontekstrelevante og praksisnære, vil de fort oppleves som for utfordrende og fremmedgjørende heller mulighets- og mestringsskapende. Det er også behov for gode implementerings- og endringsprosesser.

Endring og omstilling oppleves ofte krevende for både ledere og ansatte. Dersom organisasjonen har vært igjennom vellykkede endringer tidligere, vil det være mindre krevende å starte på nye endringer og å stå i endring. Dersom organisasjonen, ledere og ansatte ikke har positive endringsopplevelser, vil det å sørge for en god prosess være det første trinn på veien mot å bygge en organisasjon som har kapasitet til å håndtere endringer. Arbeidshverdagen i helse- og omsorgssektoren har vært og vil bli preget av kontinuerlige

endringer fremover basert på utfordringene skissert over, som trolig kan oppleves både som mer ubønhørlige og hyppigere enn tidligere.

Samtidig er det hevet over enhver tvil at arbeidssituasjonen på de tre kommunenes helse- og omsorgsarbeidsplasser er svært krevende. Å plutselig bli informert om at man skal utøve medarbeiderdrevet innovasjon og ikke minst faglig utvikling – begge deler kanskje løselig definert – ble nesten oppfattet som mer krevende enn forløsende, da det uten planlagt tilrettelegging ble "nok en oppgave" heller enn en energibyggende aktivitet som ga påfyll i en arbeidshverdag som i mangel av et sterkere uttrykk kan beskrives som "svært hektisk". Før det gås videre med modellbygging og pilotering er det derfor viktig å bygge endringskapasitet hos de ansatte.

5.4 Endringskapasitet

Organisasjoners evne til å sette i gang endringer uten at det går ut over daglig drift eller fremtidige endringsprosesser kan betegnes som organisasjonens endringskapasitet (Meyer og Stensaker, 2011). Endringskapasiteten i en organisasjon påvirkes av flere forhold, både ledelsens evne til å mobilisere til og gjennomføre endringer, hvordan de ansatte reagerer på og responderer på endringer som foreslås, og i hvor stor grad det eksisterer etablerte strukturer og rutiner i organisasjonen for å informere, diskutere og reflektere over endringene.

Organisasjoner med høy grad av endringskapasitet kjennetegnes av at ledere og ansatte har det samme virkelighetsbildet og de samme forventningene til at endringer skjer. Både ledere og ansatte har i slike organisasjoner blitt vant med at endring er vanlig og at endringer skjer kontinuerlig som en del av tilpasninger i arbeidshverdagen. I tillegg må rutiner og strukturer for å jobbe med omstilling være på plass, og ledere må ha god kompetanse på endringsledelse. Et siste kjennetegn er at organisasjonen har positive erfaringer med tidligere endringsprosesser, noe som gjør at motivasjonen og forventningene til arbeidet med endringene er positiv. En organisasjon med høy kapasitet for endringer vil kunne gjennomføre store endringer med lavere produktivitets- og effektivitetstap enn organisasjoner med lav endringskapasitet (Meyer og Stensaker, 2011). Dette betyr at omkostningene med å etablere nye praksiser er større i organisasjoner der man ikke er trent i å være i kontinuerlig positiv endring. Lederens tilnærming og rammebetingelsene og prosessen med endringsarbeidet er derfor særdeles viktig.

Det ligger i begrepet medarbeiderdrevet innovasjon at endring skjer via ansattes egen kognitive og fysiske atferd. Det betyr at en viktig rammebetingelse er ressursene som ansatte har å spille på for å få dette til. Mangel på, eller en asymmetrisk fordeling av ressurser, kan lede til mangel på ønsket atferd, ikke på grunn av uvilje, men på grunn av at det ikke er praktisk mulig.

En studie (Andersen, 2015) viste hvordan ansatte i nettbransjen utviklet "ufrivillig ikke-bruk" av nye digitale teknologier og digitaliserte arbeidsprosesser nettopp fordi de manglet kompetanse, adekvate rutiner og læringsarenaer, og også tilpasset endringsledelse. Ekspertene definerte og kontrollerte endringsprosessene mens fotfolket i svært liten grad hadde fått tilstrekkelig med ansvar og myndighet over egen arbeidshverdag. En annen rammebetingelse er gode normer – som er kulturskapende – på arbeidsplassen som kan bidra til å bygge en forståelse for hvorfor ønsket atferd er riktig og viktig. Når endring er preget av ekspert-kontroll – satt på spissen – er det liten anledning for ansatte å delta i en kollektiv meningskonstruksjon rundt nye arbeidsprosesser og nye måter å jobbe på. Dersom medarbeiderne i tillegg mangler felles sosiale arenaer som er tilrettelagt for erfaringsutveksling og sparring, både profesjonelt og sosialt, mister organisasjonen det viktige potensialet til å bygge kollektive strukturer. Eksempelvis vil faglig utvikling og medarbeiderdrevet innovasjon i stor grad være et individuelt anliggende heller enn en kollektiv kultur preget av teambygging, interaksjon og felles og kontinuerlig læring. Vi vet at tiltak som skal gjøre arbeidsprosesser mer effektive kan ende opp med å fjerne nettopp de mellomliggende rutinene som sørger for sammenheng og god flyt. Det er derfor aksjonsforskning er en god metode for videre arbeid.

For virkelig å forstå disse mekanismene er det fornuftig å kombinere et modernistisk (realistisk) med et mer symbolsk og fortolkende rammeverk (Hatch & Cunliffe, 2006). Mens modernismen tror på en objektiv og ekstern virkelighet som eksisterer uavhengig av oss, fokuserer det symbolsk fortolkende på det subjektive – det at kunnskap er det som trekkes ut fra våre subjektive erfaringer og våre oppfatninger om disse. Innenfor modernismen avdekkes sannhet ved testing og validering av konsepter og modeller gjennom pålitelige målinger – kunnskap forstås som kumulativ; at det ene bygger på det andre og henger logisk sammen. I det symbolsk fortolkende perspektivet er sannhet sosialt konstruert gjennom tolkning og meningsdannelse. Modernismen ser organisatoriske praksiser og strukturer som virkelige og fysiske enheter, mens det symbolsk fortolkende perspektivet forstår organisasjoner som kontinuerlig konstruerte og rekonstruerte gjennom symbolsk overført interaksjon mellom dens medlemmer. Der hvor modernismen stoler på generaliserte begrep, vektlegger det symbolsk fortolkende forhandlinger om meninger og forståelser. Å være klar over denne todelingen av perspektiver korresponderer godt til virkeligheten på arbeidsplasser og gir oss muligheten til å både forstå betydningen av rammebetingelser som ressurser, ledelse, organisasjonsstrukturer, arbeidsprosesser og rutiner, at ansatte kan oppfatte og opplever disse ulikt, og hvordan dette kan knyttes til motivasjon, mestring og atferd.

Noe som kan bidra til å forstå ansattes oppfatning, opplevelse og reaksjon på rammebetingelser er selvbestemmelsesteorien, som er en tilnærming til menneskelig motivasjon – og også mestring – som vektlegger våre indre ressurser for personlig utvikling og "atferdsmessig selvregulering" – eller valg av handlinger (Ryan & Deci, 2000). Teorien tar utgangspunkt i at mennesket har tre medfødte behov; for autonomi, for tilknytning og for kompetanse. Bruker vi helse- og omsorgsarbeidsplassen og de utfordringer som den står ovenfor er det ikke vanskelig å tenke seg at ivaretagelsen av disse kan spille en viktig rolle når det gjelder evne til endring og omstilling som kobles på medarbeiderdrevet innovasjon og systematisk kompetanseutvikling. Slik sett utgjør måten disse behovene ivaretas på viktige betingelser for optimal fungering av ansattes naturlige anlegg for vekst og utvikling, og også trivsel og mestring. Selvbestemmelsesteorien bygger på en typografi av motivasjonstyper som blant annet skiller mellom ytre og indre motivasjon, samt demotivasjon, og som utgjør et kontinuum. Det å endre oppgaver, praksiser, rutiner, arbeidsprosesser og organisering som en del av medarbeiderdrevet innovasjon og som skal føre til systematisk kompetanseutvikling krever en form for indre motivasjon. Det betyr at vi må se organisatoriske strukturer i sammenheng med ansattes opplevelse av motivasjon og mestring – som er deres mulighetsrom for medarbeiderdrevet innovasjon og faglig utvikling. Det handler både om organisatorisk tilrettelegging og ansattes situasjonsforståelse og utviklingskapasitet, som formes i spennet mellom det konkrete og det subjektive. For virkelig å kunne sies å være en organisasjonspraksis må medarbeiderdrevet innovasjon og systematisk kompetanseutvikling være både eksternt og internt motivert; det vil si at atferd og handlinger reguleres både gjennom organisatoriske insentiver og arenaer, og av medarbeideren selv. Systematisk kompetanseutvikling gjennom medarbeiderdrevet innovasjon må være viljestyrt, verdsatt, kompetent og autonom, heller enn styrt av lydighet, belønninger og straff. For å gå fra eksternt til internt motiverte praksiser må de aktuelle praksisene internaliseres. Her er tilfredsstillelse av de tre behovene for autonomi, tilknytning og kompetanse kritisk. Helse- og omsorgsmedarbeidere har behov for autonomi til å utføre arbeidsoppgavene best i mulig i en felles definert kontekst, til å forstå hva som er viktig og skal prioriteres, og å få faglig kvalifiserte tilbakemeldinger.

I bunn og grunn handler det å være motivert for systematisk kompetanseutvikling både om å trives i arbeidssituasjonen sin og om å ønske at arbeidsutførelse og resultat ikke bare skal holde en viss faglig standard, men også stadig forbedres. Ulike individer blir motivert av ulike ting, men forskning har vist at vi som arbeidstakere særlig motiveres av spennende jobbinnhold, godt psykososialt arbeidsmiljø, medvirkning, ressurstilgang, tilfredsstillende lønn og kvaliteten på det fysiske arbeidsmiljøet. Litt oppsummert; gode utfordringer som gir læring og utvikling, støtte fra ledere og medarbeidere og et faglig og sosialt stimulerende arbeidsmiljø vil bygge godt opp om utviklingen og integrasjonen av gode praksiser for kontinuerlig faglig utvikling i daglig drift.

En god arbeidskultur vil fremme gode praksiser for faglig utvikling fordi den fremmer mestring og motivasjon. Enkelt sagt kan vi si at en mestringskultur består av god arbeidskultur, gode kollektive praksiser og gode arbeidsbetingelser. Eksempler på krevende arbeidsbetingelser som kan være stressfremmende – og dermed mestringshemmende – er for mye å gjøre, dårlig organisering, unnasluntring, dårlige teknologiske løsninger, individualisering, for stor avstand mellom krav og muligheter, utydelig ledelse og det å ikke bli sett og hørt. Stressregulerende faktorer, praksiser og strukturer er hensiktsmessig organisering av folk og oppgaver, omtanke for andre kollegaers kompetanse, tid og arbeidsbelastning, og gode teknologiske løsninger og støttesystemer. For at ansatte skal ønske å gå løs på nye utfordringer og skape nye løsninger og praksiser, må de kjenne på motivasjon og mestring.

5.5 Ledelse av utvikling

Det er ulike nivåer av ledelse. Ledere i virksomheter som ønsker å bygge endringskapasitet, må kunne forklare for ansatte hvordan de ulike endringene og utviklingsløpene henger sammen i et overordnet perspektiv. Dette er viktig som et ledd i å sørge for at de ansatte kjenner tilknytning til prosessen, og for at lederen kan mobilisere ansatte og forankre endringsarbeidet (Meyer og Stensaker, 2011). Ledelsens håndtering av prosessene som settes i gang påvirker de ansattes engasjement og vilje til å prøve nye løsninger, det påvirker også de ansattes følelse av eierskap til løsningene som besluttes og det påvirker det ansattes tillit til at ledelsens forslag og beslutninger er gode. Følgende trinn kan være gunstige å følge (Bo Vestergaard, 2020):

- Sette konteksten: Gi bakgrunn, rammer og retning for endringen og forventninger til ansatte
- Involvere: I utvikling og testing av nye praksiser og løsninger
- Forklare: Begrunne godkjenning, avvisning og revidering av ansattes forslag

Ledelse av omstilling og utvikling handler mye om å ha bevissthet rundt hva som er viktig for ansatte i pågående prosesser. Det mer generelle som å bli sett og hørt, forstått og hensyntatt kan likevel være krevende for en leder å operasjonalisere i en travel hverdag som skal håndtere både drift og utvikling. Riktig organisering og prioritering, samt bred involvering, er viktige verktøy for å skape nødvendig mulighetsrom og utøve gode ledelsespraksiser.

Det er få som er den fødte gode leder – og særlig ikke i endrings- og utviklingsprosesser. Heldigvis er det en hel del kunnskap og måter å opptre på som kan læres og være til god hjelp i håndtering av utvikling for både lederen selv og dennes ansatte. Forskningsprosjektet "God ledelse av omstilling i offentlig sektor" identifiserte fem slike lederatferder som bidrar til bedre prosesser – både når det gjelder mestring og trivsel og å klare å balansere drift og utvikling.

Den første er at leder er en informasjonsutøver. Det vil si å ha et aktivt forhold til å få tak i informasjon, til å analysere den, og til å bruke informasjonen i dialog med ansatte – for eksempel ved å sjekke ut om deres tolkning av informasjonen er i overensstemmelse med egen oppfatning. Det vil si å sende informasjonen tilbake til senderen for verifisering og ytterligere etablering av felles forståelse; hva betyr endringen for oss? Det handler også om å oversette kravene i endringene til muligheter for smartere arbeidsutførelse for de ansatte. Tilgjengelighet er også en del av bildet – både å ha åpen dør og å bevege seg rundt i landskapet, og gjennom etableringen av fellesarenaer.

Den andre er at leder er en energibygger. Det å vise tydelige mål og synlig lederskap gir de ansatte energi. Det gjør også det å få tid til å forberede seg. Det er viktig at leder er tydelig på at det er en selvfølge at ansatte ønsker å bidra i prosessen og til best mulig utfall, gjennom enkle verktøy som dialog og omtanke. Det handler i stor grad om å gjennomføre en endring uten at medarbeiderne blir usikre. Det at leder er tydelig på hva som forventes av de ansatte bidrar til å redusere følelsen av maktesløshet.

Den tredje er at leder er en kaosbuffer. Det handler om at leder forstår at endring til tross; hverdagen må gå foran for de ansatte; som en sa; "*at vi vet at han vet hvor vi er hen i dette kaoset...*" Leder blir i så måte en

buffer mot det store systemet for eksempel ved å sortere større og mindre ting; ansatte trenger ikke å bryes med alt. Det å ha eller etablere felles verdier og normer i hverdagen som styringsredskap kan også gi en anledning til å endre eventuelle negative sider ved arbeidsmiljøet.

Den fjerde er at leder er tidssmart. Det handler om at leder prioriterer og finner tid – til seg selv og andre – innenfor knappe tidsfrister, for eksempel ved å ha øye for hva som er smart tidsbruk, og for hva som kan oversees. I dette ligger en tydelig prioritering av ansattes helse og arbeidsmiljø. All endring må ha som utgangspunkt at ansatte skal leve godt med ny systematikk og nye oppgaver etter innføring.

Den femte er at leder er menneskeorientert. Det handler om at leder får ansatte til å føle seg sett og å gi viktig sosial støtte i endringsprosessen. Det kan leder også gjøre ved å gi ansvar og å vise tillit, noe som ofte motiverer ansatte til å medvirke i utforming av ny arbeidshverdag. Det er nyttig å reflektere over eget lederskap som endringsansvarlig, fordi det kan øke forståelsen av mangfoldet av ansattes reaksjoner og gi innspill til hvordan du som leder kan bruke eventuelle konflikter konstruktivt.

Bred involvering og forventning om medvirkning – som grunnlag for medarbeiderdrevet innovasjon som arbeidspraksis, er mellomlederens kanskje viktigste verktøy. Interaktivt lederskap er en motsats til ledelse forstått som et individuelt og isolert fenomen. Interaktivt lederskap oppstår når ledere på ulike nivå i tillegg til medarbeiderne samarbeider om felles problemstillinger – og det er i et slikt "rom" kontinuerlig faglig utvikling vil ha gode vilkår. Bred involvering fremmer ansvarskompetanse, mulighetsrom og utvikling, er et godt verktøy for lederstøtte, og fremmer gjensidig forståelse og vilje til å dra i samme retning. Ledere og medarbeidere gjør hverandre gode gjennom felles dialog, beslutningstaking og handling – som er viktige prosessdrivere når det gjelder fokus og retning for aktivt forbedrings- og utviklingsarbeid.

5.6 Den utviklingskompetente helse- og omsorgsarbeidsplassen

Helse- og omsorgsarbeidsplasser møter stadig skiftende utfordringer og krav, som kan være både vanskelige å forutse og vanskelige å håndtere. Disse går i stor grad langs to dimensjoner: Drift og utvikling. Driftsutfordringen handler om at verdiskapende nøkkelprosesser må gjennomføres med effektivitet, kvalitet og økonomi, uten å slite ut organisasjonens ressurser i et langsiktig perspektiv. Utviklingsutfordringen handler om at god drift sikrer nåtiden, men det er ikke nok for å sikre god fremtidig drift. Til det trengs det et kontinuerlig fokus på forbedring, utvikling og innovasjon.

Alle organisasjonens verdiskapingsprosesser er resultat av et samspill mellom ressursene som brukes som innsats. I industribedrifter snakker man gjerne om de typiske ressursene som de fire M'ene: Mennesker, materialer, maskiner og metoder. Med menneskene mener man humankapitalen, ansatte, som med sin kompetanse er en nødvendig innsatsfaktor i all slags virksomhet. Med materialer menes de råvarer som inngår i produksjonen; på en helse- og omsorgsarbeidsplass handler det for eksempel om tidsbruk. Med maskiner menes de tekniske innretninger som brukes for å produsere bedriftens produkter; her kan produktet være god pasientbehandling eller systematisk kompetanseutvikling, og maskiner er diverse utstyr som medarbeiderne bruker. Med metoder menes det som også kalles prosesskapital: systemer, strukturer og prosedyrer for å svare på både drifts- og utviklingsutfordringene.

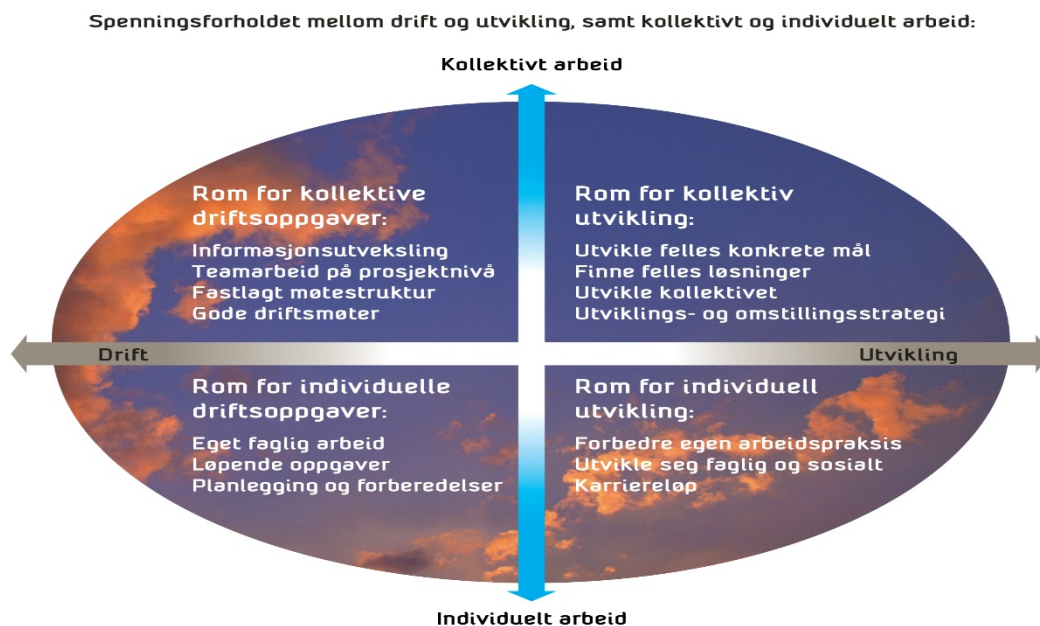
For å bli best mulig når det gjelder både drift og utvikling handler det om å identifisere hvilke ressurser som gir god arbeidsutførelse, hvilke ressurser som stimulerer utvikling, og hvilke ressurser som bidrar til å øke mestringsevnen i perioder med ekstra stort arbeidspress. For å få til dette må organisasjonen og dens ansatte være bevisste på hva som kjennetegner egen arbeidshverdag, forstå hva som skaper motivasjon, mestring og trivsel og å ha en forståelse av som er god arbeidsutførelse og god ledelsespraksis – i sin arbeidshverdag og kontekst.

I tillegg til spenningsforholdet mellom daglig drift og faglig utvikling må organisasjon og arbeidsplass håndtere spenningsforholdet mellom individ og kollektiv langs disse dimensjonene. Modellen i Figur 5.6 (basert på Erik Irgens' modell fra 2011) viser vitale områder som må jobbes med for å øke både robusthet og fleksibilitet, som er to viktige stikkord for utviklingskompetente organisasjoner og arbeidsplasser. Og

kanskje den viktigste erkjennelsen som må være på plass for å lykkes med dette er at det er det daglige arbeidet som er arbeidsplassens viktigste utviklingsarena. Viktige hovedmål som må jobbes med for å oppnå dette er:

- God tilrettelegging av informasjon, kommunikasjon og møtestruktur
- God driftsmessig støtte til hver enkelt ansatt som sikrer kvaliteten på deres arbeid
- Legge forholdene til rette for de ansattes faglige utvikling
- Legge til rette for kollektiv utvikling

Ansatte og ledere må samarbeide om å sikre god kollektiv drift og et godt kollektivt utviklingsarbeid.



Figur 5.6. Spenningsforholdet mellom drift og utvikling og kollektivt og individuelt arbeid.

Helse og omsorgsarbeideren kan lett over- eller underprestere dersom det er uklare forventninger og krav. Det tar tid å utvikle gode arbeidspraksiser, og tydelige forventninger og erfarne ansatte og ledere som er seg bevisste sin funksjon som rollemodeller er derfor viktig. Grunnleggende verdier, normer og retningslinjer er virkningsfulle formidlere av god arbeidspraksis.

Det er også viktig å snakke åpent om opplevde utfordringer – ikke bare i kaffekroken på pauserommet, men også i ulike møter og samlinger. Mange erfarne ansatte overfører sine praksiser til yngre uten at det reflekteres over kvaliteten og muligheten for å gjøre noe annerledes. Vi har også sett flere arbeidsplasser hvor det utvikler seg faste parhester, der to ansatte ønsker å jobbe sammen på arbeidsoppgave etter arbeidsoppgave, i stedet for at alle veksler mellom hvilke kolleger de jobber og diskuterer sammen med. Hvor fleksibel eller robust blir organisasjon og ansatte dersom ansatte bare jobber godt med en eller noen få av sine kollegaer? For arbeidsplassen handler det om å få utnyttet alle ressursene og ikke bare noen.

Teamarbeid som arbeidspraksis impliserer behov for organisering og ledelse – og vil være et godt verktøy dersom en arbeidsplass vil integrere systematisk kompetanseutvikling i daglig drift. Det krever mer av hver og en enn det en individuell arbeidspraksis gjør. Ansatte må utvikle gode former for koordinering og kommunikasjon, de må være villige til å dele sin kompetanse med hverandre, og de må kunne både å "stå på krava" og å vike. Teamarbeid krever en ikke ubetydelig sosial kapital i form av felles normer, tillit og verdier – som må utformes på felles arenaer og integreres i kulturen på arbeidsplassen. Ansatte og ledere må

jobbe sammen for å få økt ansvarskompetansen hos alle i organisasjonen. Viktige spørsmål som må jobbes med er:

- Hvordan ønsker vi å forbedre måtene vi jobber på?
- Hvordan kan vi understøtte kollegers arbeid?
- Hvordan kan vi som ledere sikre fellesskap?
- Hva oppleves som krevende med å koordinere seg med sine arbeidskolleger?
- Hvordan kan vi som arbeidskolleger løse oppgaver selv om de ligger utenfor våre primæroppgaver?
For eksempel; kan det være mulig å tenke alternativ oppgavefordeling mer mellom profesjoner, avhengig av brukerbehov og tilgang på arbeidskraft?

Det er av stor betydning å utvikle en god ansvarskompetanse på den enkelte arbeidsplass fordi det handler om å etablere et engasjement hos alle for å jobbe kollektivt med systematisk kompetanseutvikling og slik sikre en kontinuerlig forbedring. Ansvarskompetanse er en individuell kompetanse, men som utvikles i et kollektivt arbeidsmiljø preget av trygghet.

6 Veien videre

Kommunal helse- og omsorgssektor står ovenfor mange og komplekse utfordringer fremover som hele tiden er i endring og utvikling. Behovet for systematisk kompetanseutvikling er derfor kritisk, hvilket vil si at sektoren må knekke koden for livslang læring i praksis. Livslang læring blir av både offentlig og privat løftet frem som en av de viktigste nøklene til et fortsatt effektivt, teknologipositivt og bærekraftig norsk arbeidsliv – med fortsatt høyt nivå av tillit, medvirkning og involvering, men det foreligger ingen beskrivelse eller modell for hvordan dette skal operasjonaliseres i en gitt kontekst. Kommunal helse- og omsorgssektor har over tid stått ovenfor tøffe effektiviseringskrav, og det å i tillegg bygge nye prosesser og praksiser for systematisk kompetanseutvikling inn i en allerede svært hektisk arbeidshverdag oppleves for mange umulig ved første øyekast.

For å kunne bygge en helhetlig modell for systematisk kompetanseutvikling basert på medarbeiderdrevet innovasjon og partssamarbeid ser vi i dette prosjektet at det er behov for at:

- Kommunene tar overordnet ansvar for best mulig rammebetingelsers slik at det er tid og rom for nye prosesser og arenaer – det handler om å ta viktigheten av ansattes motivasjon og mestring på alvor
- Enhets- og avdelingsledere må få kompetanse på verktøy og mulighetsrom – og ikke minst anledning til å lede heller enn å være administrator og noen som hele tiden trår til når det trengs ekstra hender i drift
- Ansatte må gis endringskapasitet
- Arbeidsplassen må bli endrings- og utviklingskompetent – også på kollektivt nivå
- Mekanismer for partssamarbeid må utnyttes som innovasjonsdriver

Disse tingene må det jobbes med og utvikles gode kunnskapsbaserte og konteksttilpassede løsninger for, sammen med ledere og ansatte. Med dette som plattform kan den helhetlige modellen for systematisk kompetanseutvikling basert på medarbeiderdrevet innovasjon og partssamarbeid videre forskes frem, og det er dette som er nøkkelen til å klare å operasjonalisere systematisk livslang læring på arbeidsplassen med de ansatte som primære drivere. Struktur og systematikk i prosesser, praksiser og arenaer er avgjørende for å etablere ansatt-drevne lærings- og innovasjonskulturer; organisasjonen må ha et system som legger til rette for å støtte ansattes behov for ny kunnskap og ferdigheter. Sist, men ikke minst; for å lykkes må også øvre ledelse ta ansvar utover det å fatte vedtak. Det er derfor stort behov for videre forskning på dette.

Dersom vi løfter blikket litt fra den enkelte arbeidsplass handler dette også om kommunen som demokratisk institusjon, og dens rolle som arbeidslivs- og samfunnsutvikler. Samarbeid mellom offentlige aktører og forskningsinstitusjoner løftes frem i nasjonale strategier som viktig for å lykkes med innovasjon i offentlig sektor. Det handler om å forske frem kunnskap om hva som virker – sammen med de som har domenekompetanse og som skal anvende kunnskapen. Flere større kommuner har nå inngått avtaler med store universitet og blitt "universitetskommuner". Trondheim og NTNU har et slikt samarbeid, hvor Trondheim har opprettet innovasjonsutvalg for ulike områder som for eksempel helse og velferd, innovasjon og omstilling, og smartby; per nå er det rundt 100 pågående prosjekter mellom trondheim kommune og NTNU.

Det er viktig at kommuner med mindre muskler, med litt andre typer utfordringer, og som ligger lenger unna universiteter og forskningsinstitusjoner – også får delta i denne kompetansebyggingen som skal være på nasjonalt nivå. I dette forskningsarbeidet har kommunene Melhus, Midtre Gauldal og Skaun gått sammen, og resultatene viser at situasjon og forståelse på tvers av kommunegrensene er svært lik. Det gir både stordriftsfordeler og et større nedslagsfelt. Denne modellen for samarbeid mellom offentlig sektor og forskningsinstitusjon gir derfor betydelig merverdi enn om kommunene skulle inngått enkeltvis relasjoner.

7 Referanser

Hynne, A.B. og Kvangarsnes, M. 2014. Læring og kompetanseutvikling i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie av kreftsjukepleiarar. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 2. 10. årgang.

Levin, M., & Ravn, J. E. (2007). Involved in praxis and analytical at a distance. *Systemic Practice and Action Research*, 20(1), 1-13.

KS: Verktøy – strategisk kompetanseplanlegging. Steg 4.

<https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/verktoy---strategisk-kompetanseplanlegging/>

Manley K., Garbett, R (2000) Paying Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for clinical career structure. *Journal of Clinical Nursing*, 9:347-35.

McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C.M.L., Scholes, J., Webb, C. (2002) Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3):283-294.

Meld. St.7 (2019-2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Meyer, Christine B. og Inger G. Stensaker (2011). *Endringskapasitet*. Bergen, Fagbokforlaget

Moser, I. & Hilde Thygesen 2014. Prosjekteriets dilemma: Mellom avgrenset prosjekt og muligheter for læring i teleomsorg og velferdsinnovasjon. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 21, 57-75. Århus.

Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

Vestergaard, Bo (2020) *Involverende endringsledelse. Få medarbeiderne med deg* (norsk utgave. Dansk 2013). Oslo, Cappelen Damm