

Kunnskaper i praksis

En undersøkelse av kompetanseutvikling i eldre- og demensomsorg

Betty Theodora Sandvik Døble

Veileder

Øyvind Kirkevold

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2011
Fakultet for Helse og idrettsfag
Institutt for psykososial helse

Forord

Det er spennende å møte kunnskapsrike mennesker, og det er ikke få av dem innen eldre- og demensomsorgen. Livsvisdom er der mye av - andre kunnskaper er under stadig utvikling.

Takk til veileder Øyvind Kirkevold, som har vist meg veien i arbeidet med mastergradsoppgaven. Takk til gode kolleger i et støttende og godt arbeidsfellesskap ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Takk for stort engasjement og troen på ABC-modellen til prosjektansvarlig Arnfinn Eek.

Lindesnes 8. november 2011

Betty Sandvik Døble

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1. Innledning.....	1
1.1 Hensikt og problemstilling	2
Kapittel 2. Teorier	4
2.1 Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet.....	4
2.2 Kunnskaper i praksis	6
2.3 Refleksjon som kunnskap.....	10
2.4 Relasjonen som kunnskaps praksis.....	12
2.5 ABC-modellens teori.....	14
2.5.1 ABC-modellens bærende elementer.....	17
2.5.2 Metode for kompetanseutvikling med ABC-modellen	19
Kapittel 3. Metode og metodekritikk	21
3.1. Begrunnelse for valg av metode og design.....	21
3.1.1 Spørreskjemaet.....	21
3.2 Undersøkelse av verktøyets reliabilitet og validitet	22
3.2 Metodekritikk	28
3.3 Forskerrollen.....	30
Referanser.....	31
Kapittel 4. Artikkel.....	33
Referanser.....	52
Vedlegg.....	54

Sammendrag

Bakgrunn

I vestlige samfunn fører demografiske endringer til økning i antall eldre og behov for kompetanseutvikling i kommunale tjenester. Kunnskaper om effekter av målrettet kompetanseutvikling i praksis er nødvendig. Modeller for bedriftsintern kompetanseutvikling i praksisfeltet bør undersøkes for å finne effekter som bidrar positivt til nødvendig kunnskapsutvikling for praksisfeltet. I 325 kommuner i Norge er det gjennomført tverrfaglig kompetanseutvikling i praksis ved en metode for bedriftsintern- ABC modellen.

Hensikt

Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge praksisfeltets muligheter og utfordringer ved kompetanseutvikling. Et mål er å utvikle forståelse om det psykososiale arbeidsmiljøet og sammenhenger av betydning for kunnskapsutvikling.

Metode og materiale

I 2006 ble det gjennomført en evalueringsundersøkelse av ABC-modellen, ved en kvantitativ intervensjonsstudie med før - etter- design, med ett intervensjonsutvalg (N=94), og et ikke-ekvivalent kontrollutvalg (N=64). Ved å benytte et strukturert spørreskjema (Arne Sund), ble jobbtilfredshet kartlagt ved baseline, 2006, og ett år etter i 2007. Statistiske analyser ble utført ved IBM SPSS versjon 19.

Resultater

Kartleggingen viste en høy gjennomsnittverdi på jobbtilfredshet både i 2006, og i 2007. Intervensjonsutvalget hadde allikevel en statistisk signifikant større reduksjon i opplevelse av jobbtilfredshet, enn det som viste seg for kontrollgruppen. Resultatet svekkes på grunn av utvalgenes størrelse.

Konklusjon

Undersøkelsen viste for det første at det ved kompetanseutvikling i praksis er behov for støtte og oppfølging i det psykososiale arbeidsmiljøet. For det andre er forståelse hos medarbeidere og leder viktig ved tilegnelse av kunnskap i praksis. Kompetanseutvikling påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet i praksis og forholdene bør undersøkes videre.

Nøkkelord

psykisk helse- arbeidsmiljø- praktisk kunnskap - eldreomsorg - kompetanseutvikling

Abstract

Background

In Western countries demographical changes causes an increase of the elderly population, hence a demand for skilled workers in the municipal services. There is a need for knowledge on the effects of programs for the development of competency. In 325 of 430 Norwegian municipalities a competency program named ABC for the care of the elderly, have been carried out.

Objective

The aim of this study was to examine the potential and challenges of developing knowledge in caring systems. One aim is to develop a better understanding of the correlations between psychosocial work environment and developing knowledge in caring systems.

Method

In 2006-2007 effects of the ABC program on job satisfaction were examined (n=94). A quantitative study with a non-equivalent control group (n=64), using a “before- after design”, was performed. A standardized questionnaire was applied (Sund 2003) to collect data at baseline, 2006, and one year after in 2007. Statistical analyses were carried out using IBM SPSS version 19.

Results

The findings obtained from the study showed high score of job satisfaction. In the intervention group, job satisfaction showed statistical significant reduction, compared with the comparison group. There are however limitations related to sample size.

Conclusion

The findings obtained from the study relate to the three following aspects. First, in order to develop competence there is a need for a certain amount of backing and support in the psychosocial work environment. Second, that a common understanding between leader and employee is important in order to gain knowledge from work situations. Third, that competence development affects the psychosocial work environment and should be further examined

Key words

Mental health – working environment – practical knowledge – caring – competency development

Kapittel 1. Innledning

Psykisk helse er en viktig faktor for menneskets opplevelse av livskvalitet. I vår tid handler det i stor grad om å kunne fungere i arbeidslivet, hvor en forståelse av kvalitet knyttes til menneskets evner og muligheter for produktivitet og effektivitet.

I arbeidslivet påtar vi oss roller som innebærer forventninger til individuell opplevelse av mestring, motivasjon og trivsel. Samtidig er bedriftene strukturert og organisert på bakgrunn av oppgavene som til enhver tid skal utføres. Arbeidsplassene utgjør systemer hvor rollene til ansatte er strukturert, og tilpasset overordnet målsetting for økonomisk effektivitet og god kvalitet på ”resultatene”. Arbeidslivets kvalitet er av stor samfunnsmessig betydning og det psykososiale arbeidsmiljøet er sentralt for undersøkelser som fokuserer på helse og trivsel.

I dagens samfunnsperspektiv er arbeidslivet innen helsetjenestene utfordret ved et sterkt økende behov for kompetente helsearbeidere i kommunene (St. meld. nr. 25, 2005-2006). Befolkningsutviklingen medfører en stor økning i antall eldre, og gir behov for tilpasninger av helsetjenester til personer med geriatriske og psykiatriske sykdommer (Engedal, 2008).

De siste 20 årene er det gjennomført omorganiseringer av praksisfeltet innen eldre- og demensomsorg som en følge av dette (Eek og Kirkevold, 2011). Samtidig har forskning utviklet nye kunnskaper om helseproblemer, ulike sykdommer og behandlingsmuligheter (Engedal og Haugen, 2009). Samfunnets forståelse av hva som er *god livskvalitet* for eldre endres også, og disse forholdene stiller krav til kompetanseutvikling ved tjenestene (St. meld. nr. 47, 2008-2009). I Demensplan 2015, gis dette uttrykk ved de kravene som stilles til kompetanse og kvalitetsarbeid i kommunenes pleie- og omsorgstjenester, ved sitat side 10;

Verdighet og respekt

”Kvaliteten på omsorgstilbudet prøves mellom den ansatte og den enkelte bruker. Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere som møter den enkelte bruker med respekt og verdighet, og som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis. Ansatte i helse og omsorgstjenestene står daglig i vanskelige situasjoner som krever kunnskap om god praksis, bevissthet om egne verdier og holdninger, og at de har arenaer for veiledning, refleksjon og erfaringsutveksling.”

(Demensplan 2015, 2007)

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med å gjennomføre en kvantitativ studie av jobbtilfredshet hos helsepersonell i sykehjem, er å kartlegge om kompetanseutvikling påvirker deltakerne. Et annet mål er å utvikle forståelse om sammenhenger i det psykososiale arbeidsmiljøet, og faktorer som har betydning for kunnskapsutvikling i eldre- og demensomsorgen i praksisfeltet. Ved å be helsearbeidere å delta i en modell for bedriftsintern kompetanseutvikling, og samtidig dele sine erfaringer, kan det oppnås innsikt som har relevans for praksis.

De kommunale omsorgstjenestene består av tverrfaglige, sammensatte arbeidsmiljøer som inkluderer medarbeidere med ulike kunnskapsbaserte profesjoner. For at befolkningen kan oppleve å få helsetjenester av god kvalitet, er det nødvendig å sikre at helsearbeidere får utviklet og tilpasset sin kompetanse. Det kan igjen bidra til å utvikle gode arbeidsforhold for de som arbeider i tjenestene og medvirke til at de blir i arbeidet. Samtidig er forståelsen av arbeidsforholdene i helse- og omsorgsyrkene, en viktig faktor i rekrutteringen av nye helsearbeidere til tjenestene. Hensikten med denne studien, er derfor å undersøke forholdene rundt kompetanseutvikling i en realistisk, og praktisk sammenheng.

Problemstillingen for undersøkelsen ble utformet ved en studie som ble startet i 2006, ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Temaet var knyttet til forholdet mellom kompetanseutvikling, jobbtilfredshet og sykefravær.

Dette mastergradsarbeidet gjennomføres i forbindelse med at studien fra 2006 blir ferdigstilt. Temaet, problemstilling og forskningsspørsmålene avgrenses til å fokusere på forholdet mellom kompetanseutvikling og jobbtilfredshet.

Problemstillingen som knyttes til undersøkelsen er:

”Kan deltakelse i ABC-studiegruppe gi økt jobbtilfredshet hos ansatte i sykehjem?”

For å belyse problemstillingen er to forskningsspørsmål formulert som følger:

- I hvilken grad endres opplevelse av jobbtilfredshet samtidig som deltakerne gjennomfører ABC-studiet?
- Hvilke variabler i det psykososiale arbeidsmiljøet er det som påvirker, eller påvirkes av endringer i jobbtilfredshet?

Prosjektansvaret for den videre gjennomføringen av undersøkelsen ble avklart med forskningssjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Forlengelse av prosjektperioden og endringer i prosjektansvaret ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig database (vedlegg 1). Forskningsetiske krav til anonymisering av opplysninger fra personer som deltar i spørreundersøkelsen, er ivaretatt. Materialet er behandlet i aidentifisert form

Begrepsavklaringer

I mastergradsarbeidet blir deltakerne i undersøkelsen omtalt som helsepersonell, men også helsearbeidere vil bli brukt der det er mer naturlig for sammenhengen. Årsaken er at det oppleves kunstig for min del å omtale et subjekt i en relasjon i *tredje persons* form som *et personell*. Begrepet defineres vidt og inkluderer personer med ulike grader av utdanninger og yrker, og også personer uten helsefaglig utdanning som arbeider i eldre- og demensomsorg. Betegnelsen helsepersonell, benyttes konsekvent i artikkelen, som er tenkt publisert i forhold til et samfunnsvitenskapelig tidsskrift (Søkelys på arbeidslivet, 2011).

I denne oppgaven er kompetanse definert som ulike kunnskapsformer i praktisk helsearbeid. Det legges vekt på å beskrive praktisk kunnskap og erfaringsbasert kunnskap og metoder for kompetanseutvikling som vektlegger betydningen av dialoger i kommunikasjonen.

Rammen for arbeidet med å ferdigstille undersøkelsen er praksisfeltet i de kommunale tjenestene innen eldre- og demensomsorg, slik det fremstår i 2011.

For å belyse undersøkelsens problemstilling er perspektiver på psykisk helse, arbeidsmiljø i eldre- og demensomsorgen og kunnskapsforståelse valgt. Teorier innen perspektivene presenteres i oppgavens kapittel 2, og i artikkelen i kapittel 4. Undersøkelsens metode og gjennomføring presenteres i kapittel 3- og i artikkelen kapittel 4. Presentasjon av tidligere forskning, og undersøkelsens hovedfunn er utformet ved artikkelen, kapittel 4, ved tittelen;

” *Bedriftsintern kompetanseutvikling i helse og omsorgstjenestene - kunnskaper i praksis*”

Det er ikke tatt med teorier, eller data som spesifikt omhandler sykefravær og psykososialt arbeidsmiljø. Det blir heller ikke fokusert på problematikk om sykefravær i denne fremstillingen.

Kapittel 2. Teorier

En overordnet forståelse av psykisk helse i dagens arbeidsliv, bygger på de kravene som er fremstilt ved lovgivningen. Arbeidsgivers plikter er regulert ved krav og forskrifter som skal sikre forsvarlige arbeidsforhold. Over tid endres samtidens forståelse av hva som er gode arbeidsforhold, og den politiske teorien bidrar til å forankre dette i praksis ved tilpasninger i utforming av lover og forskrifter (Ot. prp. nr. 91, 2005-2006). Tilsvarende lover og forskrifter omhandler forholdet mellom kommunenes ansvar og arbeidstakeres plikter, for å sikre at kunnskaper er oppdaterte og tilpasset situasjonen innen de kommunale tjenestene. Dette uttrykkes blant annet i Kommunehelsetjenestelovens § 6-1, hvor kommunenes plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell er beskrevet. Det innebærer at kommunen *skal sørge* for at dens ansatte helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning. I lovens § 6-2, er også helsepersonellens ansvar for kompetanseutvikling formulert som, sitat:

” Helsepersonell innen kommunens helsetjeneste plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like.”

(Kommunehelsetjenesteloven, 1982)

2.1 Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Innenfor et klassisk organisasjonspsykologisk perspektiv, har utviklingen i arbeidslivet de siste 30 årene fremmet en forståelse av arbeidsmiljøets betydning. Samtidig har utviklingen i samfunnet medført en økt demokratisering også i arbeidslivet. Et høyere gjennomsnittlig utdanningsnivå i befolkningen har bidratt til denne utviklingen av arbeidslivet. Vår tids forståelse av hva som er viktige faktorer i arbeidsmiljøet, er preget av at arbeidslivet stiller krav til medarbeidere om individuelle valg ved utførelse av arbeidet, og eget ansvar. Samtidig preges dagens arbeidsliv av et mere utstrakt samarbeid mellom ulike nivåer i organisasjoner og bedrifter enn i tidligere tider (Zahl-Begnum og Begnum, 1996).

Organiseringen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene er de senere år utviklet i retning av mindre enheter enn tidligere. Årsaken til det er basert på forskning som viser at mindre enheter egner seg best for å skape miljøer for behandling av symptomer hos personer med demenssykdommer. En slik boform kan i større grad ivareta de menneskelige behov og verdier som knytter seg til identitet og privatliv, enn det som er mulig ved de fysiske utformingene av tradisjonelle sykehjemsavdelinger (Demensplan 2015, 2007). Dette er også i tråd med samfunnets syn på verdier og allmenngyldige, grunnleggende rettigheter til

selvbestemmelse og sikrer muligheter for å ivareta privatliv av betydning for integritet også i et livsløpsperspektiv (Tretteteig, 2009).

Tilpasningen av helse- og omsorgstjenestene har bidratt til en endring også i arbeidsmiljøene, ved at arbeidsplasser som utgjøres av store organisasjoner i nyere tid består av flere mindre og selvstendige arbeidsenheter. Denne modellen for organisering kan forstås som et sosioteknisk system, hvor virksomhetens funksjon avhenger av forholdet mellom bedriftens struktur og teknologi, og de sosiale og psykologiske faktorene i arbeidsmiljøene (Zahl-Begnum og Begnum, 1996). Ved å betrakte disse systemene som åpne systemer både sosialt og teknisk, er det mulig å definere problemer som er av betydning for samhandling både mellom individene i det enkelte arbeidsmiljø, og i organisasjonene som helhet (NEL, 2004). Dette forholdet er av betydning for både kvalitet og effekt av arbeidet, og for ressurser som kreves i samarbeid på både individ og system nivå i organisasjonen (Sund, 2003).

Bedriftens resultater avhenger derved av et samspill, hvor samarbeid på flere nivåer har betydning. Medarbeideres individuelle behov, verdier, evner og kunnskaper er viktige. Samarbeid mellom enkeltindivider, mellom individene og systemene i en organisasjon, og de ulike grupperes forhold til hverandre, er av betydning for kvaliteten på tjenester. Dette er særlig viktig relatert til hvordan kunnskapene som til enhver tid trengs, kan formidles ved samhandling mellom ulike individer og enheter. I så måte er administrasjon og ledelse av betydning på ulike nivåer i organisasjonen, også ved medarbeideres rett til medbestemmelse (Arbeidsmiljøloven, 2005).

Arbeidsmiljøundersøkelser utføres i stor grad i dagens arbeidsliv (Eiken et al., 2008). Et hovedfokus i samfunnsperspektiv er undersøkelser som knyttes til belastninger og sykefravær. Det er en allmenn oppfattelse i samfunnet, at arbeidet innen eldre- og demensomsorgen er særlig belastende. De faktorene som undersøkes knyttes til ulike krav i arbeidet, og i forhold til psykososialt arbeidsmiljø er det vanlig å dele disse inn i ulike kategorier, som definerer både positive faktorer og risikofaktorer ved arbeidsmiljøene (NEL, 2004). Av betydning for god psykisk helse, er særlig de psykologiske jobbkravene som knyttes til mestring og trivsel. De psykologiske jobbkravene er kjennetegnet ved en subjektiv opplevelse hos det enkelte individ, noe som gir utfordringer ved de objektive kriteriene undersøkelser må forholde seg til (NEL, 2004). Det er av betydning ved valg av ulike metoder, for å sikre at resultater svarer til de temaene som faktisk er definerte målet for undersøkelsen (NEL, 2004)(Skogstad et al. 2001).

2.2 Kunnskaper i praksis

Både individuelle, sosiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet virker inn på kvaliteten av tjenesteutøvelsen i eldre- og demensomsorgen. Forståelsen av hva det innebærer å være en faglig kompetent helsearbeider i vår tid, forutsetter at yrkesutøvere i helse- og omsorgsyrkene *kan* praktisere god omsorg (Demensplan 2015, 2007). Det forventes at medarbeidere møter den enkelte bruker med respekt og verdighet (St. meld. nr. 45, 2002-2003).

Ved omorganisering av tjenestene på dette grunnlaget vil endringene i seg selv påvirke kunnskapsbehovet ved at ansvar, oppgaver og ledelse blir endret (Zahl-Begnum og Begnum 1996). Samtidig utfordrer en slik situasjon kommunene, ved behov for helsepersonell som har større grad av spesialiserte fagkunnskap innen helsetjenestene (St. meld. nr. 25, 2005-2006). Tjenestetilbudene i kommunene, kan på bakgrunn av nyere kartleggingsundersøkelser, sies å være i utvikling etter anbefalinger og målsettinger i de politiske plandokumentene (Eek og Kirkevold, 2011). I tråd med dette øker behovet for helsepersonell, også med grader av spesialisering av kunnskaper, og flere tiltak i form av formelle videreutdanninger er iverksatt (St. meld. nr.47, 2008-2009)(Kompetanseløftet 2015, 2007).

Definisjoner av kunnskapsområder for praksis

Rammeplaner for kompetanseområder i sykepleierutdanningene, definerer bredden i fagområdene til sykepleierprofesjonen (Tschudi-Madsen, 2011). I følge en nyere rapport utgitt ved Pedagogisk utviklingssenter, Høyskolen i Oslo juli 2011, legges det opp til å utdanne sykepleiere som generalister på et bredt kunnskapsgrunnlag innen, sitat side 24; ”pleie, omsorg og behandling, helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, yrkesetisk holdning og handling, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning, organisering og ledelse, samt kunnskaper om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for yrkesutøvelsen” (Tschudi-Madsen, 2011).

Arbeidsoppgaver som knytter seg til oppgaver av dette formatet, innebærer samhandlinger ved relasjoner på flere plan. Både i direkte utøvelse av handling og samhandling med pasienten, med pårørende og ved samhandling og samarbeid med medarbeidere. Innad i den enkelte arbeidsenheten, og i organisasjonen som helhet, er ulike arbeidsrutiner en form for relasjoner som helsearbeiderne må forholde seg til og utvikle forståelse for. Kommunikasjon er en sentral del av praksis, både ved overføring av budskap ved ord, ved forståelse av hva begrepene betyr for hver enkelt individ som samtaler, og også når funksjonssvikt og psykologiske symptomer medfører problemer med kommunikasjonen hos pasienten.

Den dialektiske metode- en teori om forståelse

Kommunikasjon i helse- og omsorgsarbeidet, er en nødvendig del av å praktisere.

Helsearbeidere har flere kommunikasjonsformer, både formelle ved rutiner og forskrifter, og uformelle ved daglig småprat og veiledning i arbeidet. Fagspråkene i helsefagene gir identitet til de ulike yrkesgruppene, som kan kommunisere forståelse av begrepene ved å benytte innlært kunnskap. Kommunikasjon utgjør en større del av det praktiske arbeidet i helse- og omsorgstjenestene, enn det man er seg bevisst. I veiledning konsentreres kommunikasjonen ved å samtale om et felles tema i dialoger.

Dialog, er av gresk opprinnelse, dia – logos. Dia betyr to, og logos betyr tanke eller ord.

Begrepet dialog forstås på norsk som *samtale* (Svare, 1997). Dialog er beskrevet i den greske filosofen Platons bøker, og viser til en samtaleform som den greske filosofen Sokrates praktiserte med sine med- borgere, omkring 400 år før vår tidsregning (Svare, 1997). En Sokratiske dialog er en type samtale ved at en lærd person stiller åpne spørsmål om et tema til samtalepartneren. Den lærde stiller stadig spørsmål, gir ingen svar i samtalen, med den effekten at samtalepartneren tvinges til å tenke selv. Dette kan bidra til å skape et rom i samtalepartnerens tanker, hvor hans tidligere erfaringer og forståelse bidrar til å utvikle bevisste tanker om temaet. Slik utvikles forståelse, ved en metodisk bevisstgjøring av kunnskaper man allerede har (Svare, 1997). Dette kalles for den Sokratiske metode, eller dialektisk metode. Begrepet metode kommer av et gresk ord, *methodos*, som betyr planmessig fremgangsmåte for å finne kunnskap (Svare, 1997).

Sokrates søkte i sine dialoger etter samtalepartnerens forståelse av ord ved definisjoner.

Definisjon kommer av et latinsk ord for å avgrense, eller bestemme (Svare, 1997). For Sokrates er søken etter definisjon viktig for at den andres egen forståelse av et begrep ikke bare gjelder selve ordet. Ved dialektisk metode har en person ikke bare lært noe om et bestemt ord, men gjennom sitt tankearbeide med å definere ordet *vet* han også hva ordet innebærer ved følelsesmessige erfaringer. Metoden kan forstås som en teori, og kan gi mening til å forstå begreper om stilltiende, nonverbal eller taus kunnskap.

Teorien om praktisk kunnskap - Donald Schön.

Ved å reflektere kan erfaringsbasert, følelsesmessig forståelse knyttes til et ord, slik at meningen med ordet kan begripes. Ved praksis utvikles en kunnskap som ofte er stilltiende.

I praksisfeltet oppstår det allikevel unike situasjoner som ikke lar seg løse med profesjonell kunnskap, noe som krever evne til improvisasjon i følge Donald Schön (Lundstøl, 1993).

Hans begreper om ”refleksjon i handling” og ”viten i handling” handler om at erfarne, profesjonelle praktikere utvikler ny kunnskap, ved nye og udefinerte problemstillinger som oppstår i arbeidet. Denne kunnskapen er subjektiv, erfaringsbasert og stilltiende. Skal kunnskapen bevisstgjøres, ved å sette ord på forståelsen, krever det tverrfaglig refleksjon.

Kompetanseutvikling kan skje ved at medarbeiderne på bakgrunn av sine allerede opparbeidete kunnskaper og erfaringer setter ord på problemene. Ved å definere, og deretter sette problemet i en sammenheng, lages en ny *problemstilling*. Poenget er å bevisstgjøre medarbeidernes *ikke-kognitive* forståelser, ved å tenke inn sine ubevisste, følelsesmessige erfaringer for å bevisstgjøre *ubestemte* soner av praksis (Lundstøl, 1993).

Schön klassifiserer tre typer problemsituasjoner som utfordrer for kunnskapsutvikling. Det første nivået av situasjoner er de som kan møtes ved rutinemessig bruk av eksisterende regler og prosedyrer, praktisk profesjonell kunnskap som i følge Schön, er en umiddelbar handling.

Neste nivå kjennetegnes ved situasjoner hvor regler og prosedyrer må formidles gjennom en begrenset form for ”refleksjon i handling” (Lundstøl, 1993). Her må medarbeideren ta i bruk en form for indre dialog, ved å undersøke sine profesjonelle, lærte kunnskaper og reflektere hvordan problemet skal løses.

Den vanskeligste situasjonen, med problematisk diagnose, beskrives av Schön ved at praktikere ikke har umiddelbar forståelse for problemløsning. Dyktige praktikere evner da i tillegg til å følge sine innarbeidete regler for undersøkelse av problemet, å svare på overraskende funn ved å finne på nye regler. Det vil i praksis si å forstå problemet fra en ny innfallsvinkel for å kunne møte det med handling basert på ny forståelse. Praktikerens opptrer på en måte som en forsker, som konstruerer den praktiske situasjonen på bakgrunn av sin profesjonelle forståelsesramme, og kan dermed tilnærme seg problemsituasjonen med en profesjonsbasert handling (Lundstøl, 1993). Denne kunnskapen er taus, og formidles ved å delta i praktisk handling hvor læring skjer i praksis, slik profesjonsutdanninger ivaretar praksisopplæring av sine respektive yrkesgrupper, blant annet helsefagarbeidere, og også høyskoleutdanninger (Tschudi-Madsen, 2011).

Også i det praktiske feltet er det mulig å utvikle slike kunnskaper, men det krever at faglig dialog og refleksjoner settes i system, ved metodiske strukturer. I et praksisnært, tverrfaglig miljø kreves et felles profesjonsspråk hos medarbeiderne for å definere problemet. Å utvikle felles forståelsesgrunnlag, eller kunnskaper, ved bruk av begrepsdefineringer må metoden

innebære bevisste prosesser som involverer tenkning, føleleser og refleksjon. Ved systematisk refleksjon blir det tause ved ”det vi vet i handling” omgjort til lærdom, eller sakskunnskap om problemløsningen.

Innefor rammen av praksisfeltets kompetanseutvikling er det nødvendig med samarbeid i praktisk handling, for at kunnskapen blir overført også et dynamiske elementet i handling.

Med et kritisk blikk så er det flere sider ved denne teorien som kan være omdiskutert. For det første er dette basert på subjektiv kunnskap, med usikkerheter knyttet til holdbarhet av den viten som bygger under den. Fortolkning av subjektiv erfaring kan vanskelig sies å gi grunnlag for generell kunnskap. For det andre kan handlinger ved denne type kunnskaper i eldre- og demensomsorgen gi legitimitet til handlinger som utføres mot andre, sårbare mennesker som ikke nødvendigvis kan forstå og delta i refleksjonen i en situasjon. For det tredje kan en slik type kunnskap ikke forut klassifiseres ved kvalitetssikringer som er en nødvendig del av å tilpasse behandlingstilbudene innen omsorgstjenestene.

En kan dermed være kritisk til denne formen for kunnskapsutvikling, men derved gis den også bedre muligheter for å virke. Min påstand er at teorien om den tause er viktig, for det utøves i praksis mange handlinger på nettopp dette grunnlaget av dyktige, profesjonelle medarbeidere. En bevisstgjøring av arbeidsmiljøene og ledelse av en metodisk tilnærming til vanskelige problemsituasjoner, blir en mulighet som kvalitetssikrer at praksiskunnskapen bidrar innefor kvalitetssikrede rammer.

Andre teorier om uartikulert, praktisk kunnskap

Aadland (1997), beskriver to andre former for erfaringsbasert kunnskap som er relevante i praktisk utøvelse av omsorgarbeid. I likhet med Schön sin teori handler også disse om uartikulert, stilltiende kunnskapsformer uttrykt som kroppslig kunnskap, og relasjonell kunnskap.

Kroppslig kunnskap utøves i relasjonelle fysiske situasjoner, i sammenhenger med impulsive handlinger i samspillet med pasienten. Det uuttalte kroppsspråket kommer til uttrykk i situasjoner med psykiske reaksjoner. Ved å observere pasientens endringer av fysiske forhold som åndedrett og muskelspenninger, som ved en fysiske forsvarsmekanisme, kan helsearbeidere erfare en kunnskap om pasientens tilstand uten at det blir sagt med ord. I situasjoner kan mening oppfattes lenge før den bevisste tanke, og medfører spontant endring i handling. Å være bevisst på kroppslig kunnskap er nødvendig for at helsearbeidere utvikler

dyktighet i handling ved fysisk sårbare, og nære relasjoner med pasienten. I demensomsorgen er dette aktuelt, som en kommunikasjonsform som stiller krav til helsearbeiderens evne til å forstå. Ved metodiske refleksjoner kan erfaringer om situasjoner dels, og ubevisste handlingsmønstre hos helsearbeidere bli bevisstgjorte.

Relasjonell kunnskap, som også kan forstås som en form for utalt praktisk kunnskap, beskrives av Aadland (1997) som en ubevisst handling. Denne kunnskapsformen beskrives som, ” nedfelt i spontane livsytringer, formidlet som følelsesreaksjoner ved kroppsspråk og ”gester”(Aadland, 1997). Denne kunnskapsformen er viktig for opplevelse av samhörighet og tillit, men kan også bidra til å skape usikkerhet og kontroll over situasjoner hvor kommunikasjon er viktig. I den nonverbale kommunikasjonen forklarer Aadland (1997), overføringen av et følelsemessig budskap som oppfattes mellom individene som sympati og empati, eller også som antipati. Ved praktiske situasjoner inne demensomsorgen, er dette vanlige hendelser. Bevisstgjøring av hvordan helsepersonellet kommuniserer, er igjen en viktig del av kunnskapsutvikling som virker direkte inn i praksis.

Disse to kunnskapsformene er innbakt i fagteoriene om demens sykdommer (Engedal og Haugen, 2009)(Engedal, 2008)(Rokstad, 2005). De er også teorier i formelle sammenhenger i praksis ved kurs og undervisninger i praksisfeltet og ved profesjonsutdanningene. Samtidig utløses de, i likhet med Schön sine kunnskapsforståelser, situasjonsavhengig, noe som vanskeliggjør en oppfyllelse av kraven til de generelle og teoretisk riktige kunnskapsformer. For helsearbeidere kan situasjoner i det praktiske arbeidet oppleves som krevende, krenkende og skremmende. For å kunne bevisstgjøre følelsemessige erfaringer og samtidig utvikle forståelse som kan gi rom for flere handlingsalternativer kan metodisk refleksjon i praksis gi tause kunnskaper en verdi.

2.3 Refleksjon som kunnskap

Indre dialog og refleksjon

Kari Martinsen beskriver i sin bok ”Samtalen, skjønnheten og evidensen” (Martinsen, 2005), en arbeidsmetode for å utvikle evidensbaserte skjønn. Metoden blir forklart med henvisning til et hermeneutisk vitenskapelig grunnlag og begrunnes med læren til livsfilosofen Løgstrup. Temaet er den opplysende tanke, som ved ”innfallet” frigjøres, altså bevisstgjøres i en prosess hvor det allerede i sammenhengen er en underliggende stemning, som *en førspråklig* forståelse. Ved å gi rom og tid til å reflektere over følelsene, og ta seg tid i arbeidet med å utvikle forståelse, kan det utvikles ny kunnskap over et tema. Dette er en personlig prosess

som er langvarig, og veksler mellom å arbeide med refleksjoner, og gå inn og ut av denne prosessen over tid. Mellomøyeblikkene, er å forstå som *det frirommet* hvor tanken kan reflektere omkring en problemstilling over tid. Martinsen (2005) beskriver, sitat s. 122;

”Den opplysende tanke som kommer som et innfall, er en følge av konsentrert arbeid, og det å hold tiden fast i det en holder på med.”

Dette underbygger hun med Løgstrup sin tenkning omkring det han betegner som en erkjennelsesteoretisk ensomhet. Det handler om at en undring over ukjente sider ved ”det vi er fortrolig med” alltid er tilstede, og at vi trenger et rom for refleksjon ved tanker og følelser som ikke må innvaderes av andre. Det fremmedes *velsignelse*, som Løgstrup uttrykker det (Martinsen, 2005), består i at vi ikke invaderer hverandres tanker og følelser. ”For det ene menneskets følelser kan ikke føles av det andre mennesket, og det er det fremmede som er incitamentet i relasjonen”, sitat s. 126. Ved at subjektene i en relasjon avgrenser seg ved å erkjenne og akseptere den andres grenser, kan det gi rom for refleksjons som bidrar til forståelse. Dette kan igjen utgjøre en forutsetning for å være i et spenningsfelt som bidrar til vekke motivasjon og energi for kunnskapsutvikling (Martinsen, 2005).

Språket har en sentral rolle i arbeidet med å utvikle faglige skjønn i helsearbeid. Ved at medarbeidere bruker et felles språk for å reflekterer omkring problemstillingene i praksis, utvikles felles forståelse av situasjoner og forutsetninger for fagutøvelse. Dette er en form for faglig dialog med felles språk, som kan medføre kunnskapsutvikling i nærhet til praksis. Ved både å være nær en problemstilling, og samtidig ha distanse til problemet over tid, er det mulig å utvikle et faglig skjønn i form av språklig forståelse (Martinsen, 2005).

I møte med eldre mennesker, og personer med demensutvikling kan språket utvise en faglig og personlig utfordring. Eldre generelt har i kraft av *sin historie* andre ord og forståelse av begreper, lengre latenstid i samtaler, og kan ha sansetap som hemmer kommunikasjonen. På samme tid kan de gjenleve relasjoner med historier fra sine liv, minner og nære personer blir viktige. Ved demenssykdommer kan angst og forvirring skape atferdsendringer som oppleves uforståelig og krevende for omgivelsene. For å utvikle forståelse for personer med demenssykdommer, må helsearbeidere være i stand til å tolke uforståelig atferd som en form kommunikasjon (Rokstad, 2005).

2.4 Relasjonen som kunnskaps praksis

Den praktiske arbeidssituasjonen som helsearbeidere har, innebærer å møte både pasienten, pårørende og medarbeidere på det følelsemessige området (Berentsen og Solheim, 2002).

I samhandling med eldre mennesker, er *kvaliteten* av handlingen slik den oppleves av pasienten et uttrykk for helsearbeiderens kunnskap om pasienten, som beskrevet i sitat i innledningen til oppgaven (Demensplan 2015, 2007). Å forstå den andre forutsetter en bevissthet om den andres subjektive situasjon, og forståelse for hans indre opplevelse av sin sammenheng.

I en dialektisk relasjonsforståelse kan det utvikles en felles forståelse i kommunikasjonen mellom to mennesker, subjekter (Schibbye, 2002). Dialektikken forutsetter at samhandlingen foregår i refleksjonsprosesser mellom subjekter i relasjonen og at resultatet er å bevisstgjøre forståelse som en subjektiv opplevelse. I en omsorgsrelasjon vil det innebære at helsearbeideren opptrer som subjekt, og forstår pasienten som subjekt. Det er av betydning for opplevelse av fellesskap mellom subjekter (Schibbye, 2002). Intersubjektivitet kan forstås som at subjekter deler en felles følelsemessighet i situasjoner. Daniel Stern beskriver dette ved begrepet ”communion”, som innebærer et dialogisk element ved å ”oppleve sammen” (Schibbye, 2002).

I et livsløpsperspektiv, vil personlige egenskaper relateres til opplevelse i de tidligste fasene i livet (Schibbye, 2002). Samspillet mellom barnets signaler og morens oppmerksomhet ved øyekontakt, kroppslige, språklige og følelsemessig tilsvær bidrar til at barnet bekrefte og utvikler selvet som subjekt. I en relasjonsforståelse hvor dialektiske prosesser inngår, er dette knyttet til sammenhenger, og ikke stadier, ved utvikling av forståelse hos individer. I så måte er dette forholdet i følge Schibbye (2002), prosesser som vil utvikles, og formes gjennom hele livsløpet hos mennesker.

Intersubjektivitet er et begrep som kan beskrive denne erfaringen, hvor selvaktelse utvikles på basis av trygghet i samspillet. Stern forklarer fenomenet ved begrepet ”Communion”, som innebærer at begge parter i et intersubjektivt samspill må ha *evner* til å ta den andres synspunkt, og forstå også den andres indre senter for egne opplevelse (Schibbye, 2002). Videre ser Stern på intersubjektivitet som et *domene av relaterthet* mellom individene. Graden av dominans i relasjoner er avhengig av subjektens evner og funksjonsnivå, og påvirker de subjektive følelsemessige uttrykkene som utspiller seg i en omsorgssituasjon.

Kunnskap ved følelser

Hos eldre mennesker og personer med demens er det å forstå situasjoner, og inntone seg overfor den andres følelsesnivå i seg selv en krevende prosess. Dette tar lengre tid enn hos yngre, friske personer, og ved demensutvikling kan ulike psykologiske forsvarsmekanismer på egen svikt forårsake følelsemessige problemer og kommunikasjons vansker (Wogn-Henriksen, 1997). Demensutviklingen vil over tid gi hjerneskader som medføre funksjonssvikt ved tenkning, hukommelse og tolkning av sanseinntrykk i varierende grad (Engedal og Haugen, 2009). Teoretiske kunnskap om disse temaene er viktige, som et grunnlag for helsearbeidere å forstå hvordan kommunikasjon, og følelser spiller inn i samhandling med eldre mennesker og personer med demensutvikling.

Å skulle møte den andres følelsemessige uttrykk og reaksjon, i situasjoner som på bakgrunn av demenssykdom ofte innebærer angst, stiller krav til pleierens egen evne til selvrefleksjon og faglige kunnskaper. Relasjonen mellom helsearbeideren og pasienten kan forstås som en dialektiske prosess, hvor to subjekter møter hverandre som *likeverdige* for utfallet av samhandlingen. Det kan igjen medføre til erfaringer som gir grunnlag for taus kunnskap.

Respekt og verdighet

Kari Martinsen (2005), innfører begrepet ”individets urørlighetssone” som en motsetning til åpenheten i samtaler. ”Enhver av oss har krav på en urørlighetssone, en grense som ikke skal overskrides.” (Martinsen, 2005, sitat s. 126). Urørlighetssonen har to funksjoner, den beskytter det sårbare mennesket mot å bli krenket, og den muliggjør menneskelige møter og samtaler. I samhandlingen med pasienten møter helsearbeideren både muligheter og begrensninger, og må selv være i stand til å vurdere den andres sårbarhetsgrad i situasjonen.

Intersubjektivitet og inntoning av følelser foregår på flere nivå. Inntoning er beskrevet som umiddelbare, ubevisste prosess (Schibbye, 2002). De oppstår i intersubjektive relasjoner, i denne sammenhengen med pasientens følelsemessige, affektive tilstand og subjektive opplevelse.

Empati er derimot i følge teorien til Stern, en bevisst prosess som inkluderer kognitiv aktivitet. Differensieringen av begrepene inntoning og empati er interessant i sammenhengen hvor pleierens oppgaver består i å utøve skjønn for handling basert på nettopp dialektiske intersubjektive prosesser. Ved refleksjon kan følelser bli satt ord på, og dermed gjøre opplevelse av følelsemessig krevende situasjoner felles, og begripelige i arbeidsmiljøet.

2.5 ABC-modellens teori

Ved undersøkelse av jobbtilfredshet hos helsepersonell i sykehjem, viste det seg at de hadde en svært høy jobbtilfredshet både i 2006, før intervensjonen startet og i 2007 når det ene utvalget hadde gjennomført ABC-modellen i ett år. Dette var en uttalt ”common sence” som ble rapportert fra begge utvalgene. I seg selv interessant, og ikke helt på linje med det inntrykket som en kan sitte igjen med i forhold til samfunnets generelle forståelse av arbeidsforholdene i eldre- og demensomsorgen. Som en utdyping av resultatene i kapittel fire vil vise, var det heller ikke en så enkel konklusjon på undersøkelsen.

I forhold til hva som utgjorde intervensjon i undersøkelsen, skal jeg her presentere elementer, og bakgrunnsteori ved ABC-modellen. Dialog og refleksjon er begrep som går igjen i tekstene i ABC-materialet. Dette er ord som har betydning for å forstå oppbygging av læremetoden.

Historikk og filosofisk bakgrunn

ABC-modellen ble skapt på 1990- tallet, en tid hvor tenkningen i de kommunale omsorgstjenestene var preget av humanistisk psykologi med helhetlig og positivt menneskesyn. Siden hoveddelene av ABC- historikk er nærmere omtalt i innledningen til artikkelen (kapittel 4.), vil det her være en utdypning av temaet som knyttes til det filosofiske grunnlaget for læringsmiljøet i ABC-gruppene.

Dette er forankret i eksistensialistisk filosofi og troen på menneskets evner og muligheter for positiv utvikling. Søren Kierkegaards’ filosofiske læresetning om hjelpekunsten, gjengis i teksten til fagheftet *Brukerveiledning*, og presenteres som ”Søren Kierkegaard prinsippet”, sitat side 17;

” Den danske filosofen Søren Kierkegaard skrev i sin tid:

«at man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en indbildning, når han mener at kunne hjælpe en anden. For i sandhed at kunne hjælpe en anden må jeg forstå mer, end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår. Hvis jeg ikke gør det, så hjælper min merforståend ham slet ikke. Vil jeg alligevel gøre min mereforståen gældende, så er det, fordi jeg er forfængelig eller stolt, så jeg i grunden i stedet for at gavne ham egentligen vil beundres af ham.» (S. Kierkegaard, 1859).”

(Berentsen og Solheim, 2002)

Sitatet benyttes for å forklarer deltakerne en modell for målrettet arbeid med å utvikle felles, tverrfaglig forståelse, grunnlaget for å skape læringsprosesser i ABC-gruppene. Læremetoden skal benyttes for å utvikle forståelse av hverandres situasjon, både medarbeidere imellom og overfor pasienten. Filosofien gir gruppedeltakerne et forståelsesgrunnlag som definerer hvordan utviklingen av metoden for veiledningen skal gjøres i det praktiske gruppearbeidet.

En utdyping av Kierkegaard sin filosofi i en veiledningskontekst

Filosof John Lundstøl utdyper Søren Kierkegaard sin læresetning om hemmeligheten i hjelpekunsten ut fra et veiledningsperspektiv (Lundstøl, 2009). Her vises det til at ved veiledning i viktige spørsmål, vil overføring av kunnskaper skje i form av indirekte meddelelser. Den som ”kan” noe, vil presentere dette overfor den andre i form av et ”forstått” budskap, mens den andre som skal tilegne seg dette først må utvikle en egen forståelse av saken. Dette er dermed en form for dialektisk metode i veiledningen, slik Sokrates også praktiserte det. Videre pekes det på at denne tilegnelsen av forståelse krever en stillingtagen til budskapet, som i de Sokratiske definisjoner av begrepene.

Ved personlige refleksjoner over temaet, skjer en utvikling av en forståelse som bygger på individets kartlegging av konsekvenser, eller ifølge Sokrates *definisjoner* (Svare 1997), ved å forstå hva det ”nye” er. En stor del av denne utviklingsprosessen innebærer, i følge Lundstøl (2009), en forståelse av hva man alt kan, og hvordan den nye forståelsen kan passe inn, integreres i den opprinnelige forståelsen (Lundstøl, 2009). Det understreker betydningen av tid i læreprosessen, hvor bearbeidelse av forståelse modnes ved gjentatte indre refleksjoner.

”Å forstå hva den andre forstår”, er essensen i prinsippet for kunnskapsutviklingen.

ABC-deltakerne har studiegruppen som arena for dialog og faglige diskusjoner. De støtter hverandre i arbeidet med refleksjoner, og utvikler erfaringsbasert forståelse ved å reflektere fagteorier i ABC-gruppene. Å videreutvikle dette i egen praksis, ved å sette ord på en stilltende kunnskap, kan gi medarbeiderne muligheter for profesjonell, flerfaglig kompetanseutvikling. I ABC-modellen er begrepet kommunikasjon forklart som formidling. Et budskap deles mellom mennesker i prosesser, ved overføringer i en eller flere aktive handlinger. Ulike former for kommunikasjon skjer ved språklig aktivitet, verbalt og ved kroppsspråket, nonverbal kommunikasjon (Berentsen og Solheim, 2002).

ABC-studiematerialets utforming

Studiematerialets utforming bygger på en modell, symbolsk metafor, om at kunnskap kan bygges som et hus (Berentsen og Solheim, 2002). Den første perm i ABC-modellen, Eldreomsorgens ABC, er gitt navnet *Grunnmur*. Tenkningen i ”husmetaforen”, viser igjen i valg av temaer, hvor permene i materialet er faglig systematisert med grunnleggende teori i *Grunnmur*, og deretter utdypende teorier i neste perm, *Reisverk*. Videre bygges materialet opp ved valgfrie faglige fordypninger i tre såkalte *Loftpermer*. Disse inneholder fagteorier om geriatri, demens, og aldring med funksjonshemninger. Gjennomføringen av ABC-modellene er strukturert etter denne progresjonen i fagtemaene. Alle deltakerne har samme teori og eier hvert sitt sett med ABC-studiemateriale. Utviklingen av ulike ABC-modeller i forhold til historikk er nærmere beskrevet i innledningen til artikkelen (kapittel 4).

ABC-modellens muligheter for valg

Det kreves motivasjon for å gjennomføre denne formen for læring, og positive holdninger hos deltakere og leder er blir understreket. Dette beskrives i innledningen, hvor betydningen av motivasjon vektlegges og begrunnes (Berentsen og Solheim, 2002).

I de kommunale omsorgstjenestene anbefales det å ta i bruk ABC-modellen ved flere arbeidsplasser samtidig, noe som involverer flere nivåer i organisasjonen. Informasjon om hva ABC-modellen innebærer er viktig før tjenestene velger å starte med tiltaket. Forankring i praksissituasjonen, og målsetting om at ansatte med ulike grader av kompetanse deltar er et kjennetegn ved ABC-modellen. Ett felles krav til kvalifikasjon for å delta er praktisk erfaring, ved å ha et arbeid som innebærer direkte pasientkontakt.

Ansatte uten formell helsefaglig utdanning er også inkludert i ABC-studiegruppene sammen med de andre profesjonene i praksisfeltet. En forståelse av at ABC-deltakerne er like verdifulle for arbeidet i studiegruppene blir understreket ved oppstart av studiegruppene. At alle har muligheter for utvikling og noe å bidra med i en felles samhandling med andre, er grunntenkningen for læreprosessen i ABC-gruppene (Berentsen og Solheim, 2002).

Avdelingsledernes rolle

Lederne er sentrale aktører ved oppstart av ABC-modellen. Deres rolle er knyttet til å planlegge størrelsen av satsingen og være delaktige i rekruttering av deltakere i arbeidsenheten. Lederne har mulighet for selv å delta i kompetanseutviklingen i ABC-studiegruppe. Medarbeiderne gis mulighet for å gjennomføre gruppearbeidet på en måte som ivaretar kompetanseutviklingen. Det er viktig at de opplever forståelse i sine omgivelser ved

at lederne er informert, og motiverte for å delta i samarbeidet omkring tiltaket i praksis. De har ansvar for at medarbeiderne i den daglige arbeidssituasjonen, har anledning til å delta etter kriteriene i modellens beskrivelser. Det kan innebære at medarbeiderne går fra arbeidet, en time cirka hver tredje uke for å delta i ABC-gruppen. ABC-gruppene bruker vanligvis to semestre på å gjennomføre en ABC-perm.

Ledernes ansvar for å følge med på aktiviteten i gruppene er beskrevet ved at de skal etterspørre kunnskaper og være positivt opptatt av kompetanseutviklingen (Berentsen og Solheim, 2002). Lederne har en definert rolle i ABC-modellen, med å motivere deltakerne gjennom arbeidet, og bevisstgjøre positive holdninger i arbeidsmiljøet rundt deltakerne.

ABC-modellens regel om at ansatte fra ulike enheter deltar, betinger at flere nivåer i bedriften har en felles forståelse av ABC-modellen. Metoden kan ikke gjennomføres etter beskrivelsene dersom det ikke er utviklet enighet om de praktiske og økonomiske rammene mellom lederne, og deltakerne i de avdelingene som velger å delta. Flere nivåer i bedriftens organisasjoner involveres i valgene rundt å starte med ABC-modellen. Dialoger omkring valg av studiemateriale, og tyngden i satsingen i forhold til deltakelse skjer på overordnet nivå i organisasjonene. Lederne har også mulighet for å velge å delta i ABC-studiegruppene selv.

2.5.1 ABC-modellens bærende elementer

Hensikten med ABC-modellen er å skape varige, målrettede læreprosesser som er forankret på arbeidsstedet, i praksis. En forståelse av læring som en livslang prosess, introduseres til ABC-deltakerne i brukerveiledningen i Grunnmur (Berentsen og Solheim, 2002). Både teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap vektlegges i ABC-materialet. Teorien skal ha relevans til praksis, det er et av de bærende prinsippene for kompetanseutviklingen.

ABC-teoriens oppbygning

ABC-studiematerialet starter med å introdusere fagteorier, og introduserer deltakerne for ABC-metoden. Etter fagheftet *Brukerveiledning* er temaet i neste hefte *Læring, studieteknikker og studiegrupper som metode*. Etter introduksjon til læremetoden, er *Kommunikasjon* temaet i neste hefte. Her presenteres enkel teori om kommunikasjon i praksis, og øvelser gir deltakerne grunnlag for å reflektere over sin egen kommunikasjon og bevisstgjøre holdninger i forhold til praksisutøvelsen. Ved at deltakerne selv har ansvaret for læringen både hos seg selv, og de andre deltakerne i sin gruppe legges det opp til å bygge relasjoner mellom deltakerne i introduksjonen i gruppearbeidet. Positive holdninger til både arbeidet i gruppa, og til seg selv og hverandre vektlegges i materialet, for å gi trygghet i

gruppa og et støttende miljø for læringen. Kompetanseutvikling foregår ved å videreføre erfaringene i faglige diskusjoner og dialoger omkring temaene knyttet til pasientrettet arbeid.

For å underbygge læreprosessen videreføres ”byggemetajoren” til *språket* som benyttes i fagheftene. Teorien i ABC-heftene er skrevet av fagpersoner med høy kompetanse innen temaene, men språket i heftene er enkelt, og gjenkjennbart fra praksisfeltet slik at alle deltakerne har grunnlag for å forstå temaer som diskuteres i studiegruppene. Design og layout på heftene skal motivere og gi leselyst. Farger og illustrasjoner skal gi nærhet og gjenkjenning til tekstene, og humor er lagt inn i illustrasjoner. Fagheftene er også laget som lydbøker for deltakere som har lese- og skrivevansker, eller er uvante med å lese norsk.

Studiegruppene medlemmer settes sammen av lederen eller en kontaktperson som hun har definert ansvaret til. Materialet gir beskrivelser som anbefaler tverrfaglige sammensatte studiegrupper, med seks til åtte deltakere i hver. Alle skal ha en arbeids situasjon som innebærer direkte pasientkontakt, uavhengig av hvor en jobber i systemene. Målet er å inkludere deltakere fra ulike avdelinger, med forskjellige stillingsstørrelser og turnuser i *hver enkelt* ABC-gruppe. Kompetanseutveksling skjer ved at ansatte som ikke arbeider sammen til daglig møtes, og kan presentere seg selv for de andre. Slik blir deltakerne kjent med hverandres avdelinger, arbeidssituasjon, og omgivelser hvor problemstillinger gir ulike erfaringer som deles i ABC-gruppene. Tidsperspektivet er viktig for arbeidet i studiegruppene og for hver studieperm med 11-14 hefter i bruker deltakerne gjerne to semester, hvor de samles to timer hver tredje uke og diskuterer ett hefte hver gang.

For å sikre både utveksling av kompetanse, og tilførsel av ny og aktuell kunnskap gjennomføres undervisning i ABC-seminarene ved samarbeid mellom flere nivåer i tjenestene. Seminarene arrangeres i samarbeid mellom ABC-deltakerne, lederne i kommunene og personale i regionale fagmiljøer ved utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester, innen spesialisthelsetjenesten og på høyskolenivå (Solheim, 2001). Undervisningen foregår i kommunene, ofte i samarbeid mellom flere nærliggende kommuner. Fagpersoner i kompetansemiljøene er ansvarlige for det faglige innholdet i seminarene. Det kan også foregå ved presentasjoner fra ulike praksisrettede prosjekter og gruppearbeider hvor fagtemaer diskuteres på bakgrunn av praksiserfaringer ABC-deltakerne har fra sin arbeidsplass. På bakgrunn av tilbakemeldinger i evalueringen av ABC-modellen, ble det lagt to seminarer til gjennomføringen av hver perm (Solheim, 2001).

Kompetansebevis ved ABC-deltakelse

Ved oppstart i studiegruppene registreres deltakerne i et sentralt register ved NAKH, ved at de fyller ut et skjema med opplysninger om yrkesbakgrunn, arbeidssted, stillingsstørrelse etc. Studiebevis blir registrert for hver fullført perm og skrevet ut for hver deltaker på basis av skriftlig dokumentert frammøte i ABC-gruppene og seminarene.

Den kunnskapen som hver deltaker utvikler i gruppen, bygger på den formelle utdanningen de allerede har. Ulike fagforbund har godkjent ABC-modellen som tellende til kliniske fagstiger.

2.5.2 Metode for kompetanseutvikling med ABC-modellen

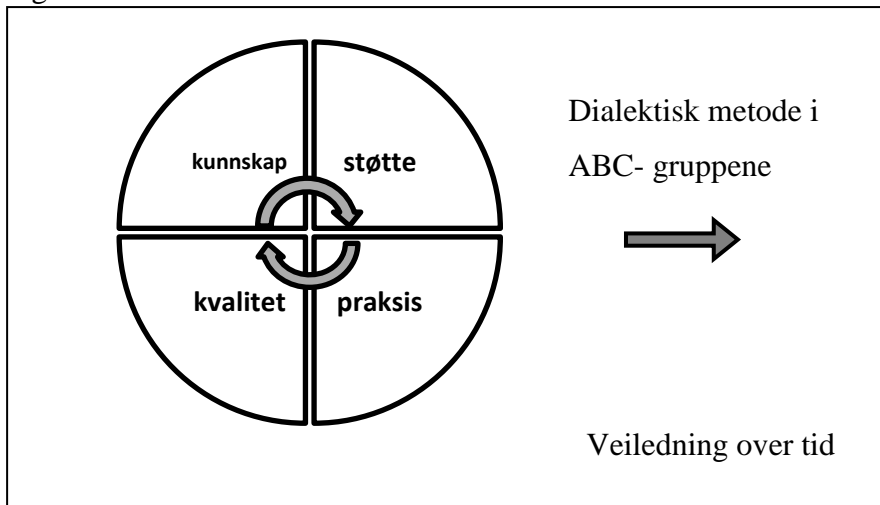
Dialoger og refleksjon er selve hovedmetoden i arbeidet. Målet er at ABC-deltakerne hjelper seg selv og hverandre i arbeidet med å utvikle sine teoretiske kunnskaper og praktiske kompetanse. En kan forstå ABC-metoden som en form for dialektisk metode, slik der er beskrevet tidligere ved samtaler som har til hensikt å definere ulike forhold, og tenke gjennom hva som menes med ulike temaer og begreper for hver enkelt av deltakerne

ABC-gruppene foregår i stor grad i arbeidstiden ved at deltakerne gis anledning til å forlate den praktiske arbeidssituasjonen for å møtes med de andre deltakerne i sin studiegruppe. Dialog mellom lederne og medarbeidere er nødvendig, og informasjon og kommunikasjon er viktig. Hver tredje uke gjennom ett år møtes deltakerne til to timers gruppearbeid, forberedt ved å ha lest teorien i fagheftene. Kompetanseutviklingen skjer derved systematisk, og kontinuerlig ved læringsprosesser. Teoriheftene beskriver temaer, som drøftes på bakgrunn av deltakernes erfaringer. Pasientrettede situasjoner er fokus for arbeidet i de faglige diskusjonene, og derfor er det viktig at deltakerne deler sine erfaringer fra det praktiske arbeidet.

ABC-gruppene kan forstås som en arena for kompetanseutvikling, ved at ulike former for kunnskaper deles. Begreper defineres, og i de faglige dialogene utvikles kunnskaper hos medlemmene som er samtalepartnere i dialogene. Kriteriene for å sette sammen medarbeidere med ulike yrkeskompetanse i gruppene skal sikre at ulike kunnskapsgrunnlag befinner seg inne på arena. Deltakerne har faste medlemskap i hver sine gruppe, og skal dele ressurser i form av sine individuelle egenskaper. Over tid kan prosesser som skjer mellom deltakerne i ABC-gruppene utvikle kunnskaper, og felles forståelse av fagkunnskaper. I teorien i studieheftet *Brukerveiledning*, defineres både teoretiske kunnskaper og erfaringsbaserte, praktiske kunnskaper som like verdifulle for arbeidet med læring i ABC-gruppene. ABC-

metoden, kan presenteres ved en modell som viser den metodiske fremgangsmåten for å finne kunnskap i ABC-gruppene (figur 1).

Figur 1. Modell for ABC-metoden



Betty Sandvik Døble, 2011

Veiledning i ABC-studiegruppene

Studiegruppene er selvdrøvede, og dermed er det ikke lagt opp til undervisning eller faglig veiledning fra personer utenfor studiegruppene, utover det modellen har i ABC-seminarene. En bakgrunn for det er at modellen har som mål å gi deltakerne erfaring på også dette, noe som gir muligheter for utvikling og vekst. Ved oppstart definerer deltakerne hvordan studiearbeidet skal foregå, hvordan ansvaret fordeles og om ledelse av gruppen også skal ivareta en systematisk funksjon ved veiledning. Dermed kan flere av deltakerne i gruppen erfare hva det vil si også å veilede (Berentsen og Solheim, 2002). Kunnskapsutvekslingen avhenger dermed også av deltakerne selv, og hvordan de deler av sine ulike lærdommer. ABC-modellen er derved en uformell form for kompetanseutvikling, eller utdanning som skjer i praksis i et tverrfaglig miljø, ved nære sammenhenger med omsorgsfaget.

Praktisk kunnskap i formelle utdanninger

Fokuset på den praktiske kunnskapen, og verdien av å utvikle denne formen for kunnskap er i vår tid aktuell, også ved universitetene. Det er en påstand som kan underbygges ved følgende sitat fra en læreplan for et aktuelt masterstudiet i 2011, ved Universitetet i Nordland:

”Men det handler først og fremst om å utvikle praktisk kunnskap gjennom systematisk refleksjon over praksis, i praksis.”

(Master i praktisk kunnskap, 2010)

Kapittel 3. Metode og metodekritikk

Undersøkelsen er utformet som en kvantitativ, evalueringsstudie med *før-etter-design*. Et opplæringstilbud etter ABC-modellen tilføres som intervensjon i ett utvalg, og i tillegg følges et kontrollutvalg som ikke får et tilsvarende opplæringstilbud før etter to år. Data samles inn ved å benytte et strukturert spørreskjema (vedlegg 2).

3.1. Begrunnelse for valg av metode og design

ABC-modellen hadde vært benyttet som metode for tverrfaglig bedriftsintern kompetanseutvikling gjennom flere år, da evalueringsundersøkelsen ble planlagt i 2006 (kapittel 1). Metoden legger stor vekt på et tverrfaglig, praksisnært perspektiv. Det var tidligere gjort en evaluering av ABC-modellen i et annet prosjekt, og det foreligger en rapport fra dette arbeidet (Solheim, 2001). Etter denne evalueringen ble modellen utviklet videre og det ble planlagt ytterligere utvikling av studiematerialet etter samme mal. Det var i 2006 i tillegg til jobbtilfredshetsundersøkelsen av betydning å evaluere selve modellen med tanke på videre utvikling.

I 2006 ble spørreskjemaet ”Jobbtilfredshet i sykehjem – en intervensjonsstudie” utviklet av Vigdis Drivdal Berentsen, som verktøy for innsamling av data i et prosjekt i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (vedlegg 2). Verktøyet er et enkelt, strukturert spørreskjema som skal være lett å forstå for respondentene. Det tar ikke lang tid å besvare skjemaet, noe som gjør at det er enklere å gjennomføre kartleggingene flere ganger i undersøkelsen.

3.1.1 Spørreskjemaet

Første del av skjemaet er konstruert for å innhente bakgrunnsopplysninger om respondentene. Andre del av består av skjemaet ”Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet” også kalt ”Miniskjema 10”, utviklet av Arne Sund (Sund, 2003). Miniskjema 10 (MS10) består av ti variabler. Det er presentert i ”Håndbok for bedriftshelsetjenesten”, som et klinisk kartleggingsverktøy for metodiske undersøkelser av psykososialt arbeidsmiljø i bedrifter (Sund, 2003). Skjemaet er utviklet i regi av Norsk arbeidsmedisinsk forening, hvor et kvalitetsutvalg fikk i oppdrag av Den norske legeforening å vurdere hvilke områder innen arbeidsmedisin som egner seg for standardiserte prosedyrer. Arbeidet resulterte i ”Arbeidsmedisinske veiledninger” som er en del av Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) på internett, hvor fagstandarder for klinisk praksis innen arbeidsmedisin blir presentert (NEL, 2004). Fra 2010 er Statens arbeidsmiljøinstitutt involvert i arbeidet med å revidere og utvikle

veiledningene, og fra 2011 er Oslo Universitetssykehus ved Avdeling for Miljø og Yrkesmedisin også involvert (NEL, 2004). Veiledningene gir utdypende beskrivelser av ulike metoder for arbeidsmiljøundersøkelser, og anbefalinger som retter seg mot oppfølging både i bedrifter og innenfor arbeidsmedisin og bedriftshelsetjenesten. Materialet er utarbeidet av erfarne fagfolk, med klinisk praksis fra feltet (NEL, 2004).

Variablene i MS10

Variablene er utvalgt med det formål å undersøke sosialpsykologiske forhold ved arbeidsmiljøet. Skalaen har ti variabler som presenteres for respondentene i stikkordsform med tilhørende beskrivelse av temaene, og veiledning for utfylling av skjemaet.

Temaene som knyttes til variablene* er i nummerert rekkefølge;

- | | |
|-------------------|--|
| 1. Arbeidsmengde | 6. Krav til ansvar, kvalitet arbeidsrolle |
| 2. Variasjon | 7. Ledelse, forholdet til nærmeste overordnede |
| 3. Egenkontroll | 8. Informasjon og kommunikasjon |
| 4. Sosial støtte | 9. Trygghet på jobben |
| 5. Selvutfoldelse | 10. Tilhørighet og trivsel |

(*Variablene er her presentert i stikkordform, og for fullstendig oversikt henvises det til vedlagt kopi av spørreskjemaet (vedlegg 2) og drøfting i artikkelen, kapittel 4).

Respondentene i undersøkelsen blir bedt om å beskrive ”sin følelse” av jobbtilfredshet for hver av variablene ved undersøkelsestidspunktet. Skårverdier fra én til seks, er satt inn i en gradert skala, såkalt Likertsskala (Polit & Beck, 2010), hvor én tilsvarer lavest grad av jobbtilfredshet. I stigende rekkefølge kan jobbtilfredshet oppgis som: ”meget dårlig”, ”dårlig”, ”tvilsomt”, ”rimelig bra”, ”bra” og ”meget bra”. Dette gjelder alle de ti variablene i skalaen, slik at enkeltverdier for hver variabel kan summeres. Det er mulig å beregne gjennomsnitt på sum skår for hele skalaen, og presentere resultatene fra statistiske analyser ved middelverdi og standardavvik.

3.2 Undersøkelse av verktøyets reliabilitet og validitet

Reliabilitet er et kriterium for å fastsette kvaliteten på et kvantitativt verktøy. Reliabilitet er verktøyets konsistens, egenskaper og evne, til å gi nøyaktig og fokusert mål på de forhold som undersøkes (Polit & Beck, 2010). Validitet er et viktig kriterium for å vurdere kvaliteten

på instrumentet, og viser til at variablene faktisk måler de temaene som de er beregnet å skulle måle. Videre er validitet nært knyttet til evidens, grad av holdbarhet i den kunnskapen som fremstilles gjennom undersøkelser (Polit & Beck, 2010).

Spørreskjemaer som inkluderer MS10, er gjennom flere år benyttet i kartleggings undersøkelser i klinisk praksis, for å sikre oppfølging av ansattes helsetilstand og kartlegge risikofaktorer i arbeidsmiljøet. Det er beskrevet at verktøyet er testet i forhold til validitet og reliabilitet, ved kliniske test- retest - metoder, men resultater er ikke blitt dokumentert ut over at "skjemaene kan synes velegnet" til formålet (Sund, 2003).

For å kvalitetssikre at verktøyet er nøyaktig og stabilt også for vitenskapelige undersøkelser, reliabilitet og validitets testes MS10 som en del av dette mastergradsarbeidet. Undersøkelsene gjennomføres i forhold til egenskaper og egnethet som psykometrisk måleinstrument, ved følgende tre tester:

1. Intern konsistens reliabilitet (Chronbach's alpha)
2. Faktoranalyse – begrepsvaliditet (Construct validity)
3. Test-retest reliabilitet (Intra-class correlation)

Alle disse testene er varianter av korrelasjonsanalyser, som undersøker grader av samvariasjon mellom variabler i en skala (Polit & Beck, 2010). En enkel korrelasjonsanalyse forklarer hvordan forholdet er mellom to variabler, mens andre prosedyrer undersøker korrelasjoner ved flere forhold mellom variabler, og mellom flere variabler. Graden av korrelasjon angis ved ulike korrelasjonskoeffisienter som; Chronbach's alpha og Intra-class correlation (ICC). Akseptabel grad av korrelasjon oppgis ofte i undersøkelser ved verdier høyere eller lik 0,7 ($\geq 0,7$).

De to første testene (1 og 2) undersøker interne forhold i skalaen, forholdet mellom de ti variablene og hvordan de korrelerer seg imellom. Begge disse undersøkelsene benytter seg av datamaterialet (N= 250 (-2/+1)) som ble innhentet med spørreskjemaet "Jobbtilfredshet i sykehjem – en intervensjonsstudie" ved tidspunktet T1, i 2006. Det var da et høyere antall respondenter som deltok, men som siden, på grunn av manglende svar ved T2, i 2007 måtte ekskluderes fra utvalget (se avsnittet "Metode og materiale" i artikkelen, kapittel 4).

Faktoranalysen (test 3) som er utført i denne undersøkelsen, er en mere avansert type av korrelasjonsanalyse. Den benytter et eget datamateriale ved et utvalg på (N=26).

Test1 - Intern konsistens i skalaen Miniskjema 10

Intern konsistens (internal consistency) angir i hvilken grad de enkelte variablene i skalaen fokuserer mot temaet, at de måler det de er tiltenkt. Graden av intern reliabilitet i skalaen vil avhenge av disse forholdene (Polit & Beck, 2010).

Korrelasjonsanalysen av de ti variablene i MS10 ble utført ved IBM SPSS versjon 19, og resultatet av analysen viser at Cronbach's alpha var 0,84, noe som tilsier at skalaen har tilfredsstillende intern konsistens (tabell 1).

Tabell 1. Intern konsistens MS10 ved T1 (Chronbach's alpha)

Variabel	Gjennomsnitts- skår	Standardavvik (SD)	Korrigert variabel -total korrelasjon	Cronbach's alpha - om variabelen fjernes
1	4,16	0,92	0,44	0,84
2	4,24	1,03	0,61	0,82
3	4,55	0,93	0,58	0,82
4	5,10	0,82	0,39	0,84
5	4,01	1,16	0,57	0,82
6	4,27	0,93	0,64	0,82
7	4,59	1,04	0,62	0,82
8	4,29	1,04	0,67	0,81
9	4,58	1,29	0,35	0,85
10	4,97	0,84	0,58	0,82

N=248

Variablene 1 (arbeidsmengde), 4 (sosial tilhørighet) og 9 (trygghet på jobben) hadde lavest korrelasjon i hele skalaen MS10.

Resultatet av undersøkelsen viser at variablene i MS10 tilfredsstiller kravet til intern reliabilitet, og underbygger derved instrumentets egnethet i arbeidet med jobbtfredshetsundersøkelsen. I undersøkelser av psykososiale sammenhenger måles abstrakte forhold som holdninger, følelser og subjektive opplevelse hos individene knyttet til spørsmålsstillingen i den enkelte variabel. Det er viktig at variablenes korrelasjon i skalaen er kjent, for å vurdere om de styrker skalaens nøyaktighet som måleinstrument, eller om de bidrar til dårligere kvalitet, eller feilkilder i datamaterialet.

Test 2 - Begrepsvaliditet (construct validity)

Faktoranalyse er en metode for å se hvordan variablene lader inn mot temaer, og hva som er underliggende fellestrekk i disse. Faktoranalysen undersøker begrepsvaliditet (construct validity) ved å kartlegge underliggende forhold i variablene og hvilken tyngde, eller ladning de har mot felles komponenter i en skala.

For å undersøke begrepsvaliditet gjennomføres faktoranalyse av MS10, utført ved IBM SPSS versjon 19. De ti variablene analyseres med Extraction Principal komponentanalyse, og med Varimax rotasjonsmetode med Kaiser's normalization.

Resultatet gir to komponenter, eller faktorer hvor de ti variablene fordeles etter hvor de lader sterkest. Ved å skille på grenseverdi lik 0,4, viser det seg at seks variabler lader sterkest mot faktor 1, mens fire variabler lader mest mot faktor 2 (tabell 2).

Tabell 2. Faktormatrise for MS10 Extraction Principal Varimax rotert Kaiser's normalization

Fordeling av variabler i MS10 Grenseverdi 0,400	<i>Individ faktor</i>	<i>System faktor</i>
	Faktor1	Faktor2
5. Selvtutfoldelse	0,83	0,03
2. Variasjon	0,76	0,16
6. Krav til ansvar, kvalitet arbeidsrolle	0,76	0,21
3. Egenkontroll	0,68	0,23
8. Informasjon og kommunikasjon	0,65	0,43
1. Arbeidsmengde	0,46	0,29
4. Sosial støtte	-0,002	0,86
10. Tilhørighet og trivsel	0,26	0,80
7. Ledelse, forholdet til nærmeste overordnede	0,51	0,54
9. Trygghet på jobben	0,23	0,44

N= 250 (-2/+ 1)

Undersøkelser av abstrakte temaer som jobbtilfredshet gir ekstra utfordringer i forhold til verktøyets nøyaktighet (Polit & Beck, 2010). Det er nyttig å definere undertemaer i skalaen ved statistiske korrelasjonsanalyser som systematiserer variablene. Herved kan det tydeliggjøres hvilke områder i det psykososiale arbeidsmiljøet som påvirkes i denne undersøkelsen. Faktor 1, fikk derved navnet *Individfaktor*, mens faktor 2 kalles *Systemfaktor*.

Intern konsistens i Individfaktor og Systemfaktor

For å vurdere de to nye faktorenes interne konsistens, indre reliabilitet, ble de undersøkt i forhold til korrelasjon, intern konsistens (internal consistency) ved de samme statistiske analysene i IBM SPSS versjon 19, som for hele skalaen MS10.

Intern konsistens i *Individfaktor* ved de seks definerte variablene (tabell 2), viser seg å være tilfredsstillende, Cronbach's alpha 0,83. Gjennomsnitt for skår på jobbtildfredshet ved *Individfaktor* er 4,3 og standardavviket er 0,73. I tabell 3, presenteres resultater av reliabilitetstesten, som viser korrelasjon mellom variablene i *Individfaktor* (vedlegg 3-3).

Tabell 3. Intern konsistens *Individfaktor* ved T1 (Chronbach's alpha)

Variabel	Gjennomsnittskår	Standardavvik (SD)	Korrigert variabel -total korrelasjon	Cronbach's alpha - om variabelen fjernes
1	4,16	0,92	0,41	0,83
2	4,24	1,03	0,64	0,79
3	4,55	0,93	0,60	0,80
5	4,01	1,16	0,65	0,79
6	4,27	0,93	0,66	0,79
8	4,29	1,04	0,61	0,80

N=248

Systemfaktor ved fire definerte variablene (tabell 2), viser mindre tilfredsstillende grad av intern konsistens, Cronbach's alpha er 0,65. Gjennomsnitt skår ved T1 for skår jobbtildfredshet i *Systemfaktor* er på 4,8 og standardavviket er 0,71. I tabell 4, presenteres resultater av reliabilitetstesten, som viser korrelasjon av variablene i *Systemfaktor* (vedlegg 3-4).

Tabell 4. Intern konsistens *Systemfaktor* ved T1 (Chronbach's alpha)

Variabel	Gjennomsnittskår	Standardavvik (SD)	Korrigert variabel -total korrelasjon	Cronbach's alpha - om variabelen fjernes
4	5,10	0,82	0,46	0,57
7	4,59	1,04	0,44	0,57
9	4,58	1,29	0,31	0,70
10	4,97	0,84	0,59	0,49

N=250

Graden av korrelasjon i *Systemfaktor* svekkes ved variabel 9. Resultatet i tabell 4 viser at om variabel 9 fjernes fra *Systemfaktor*, blir Cronbach's alpha lik 0,7. Derfor gjøres en ny korrelasjonsanalyse av *Systemfaktor(r)*, hvor variabel 9 er utelatt (tabell 5).

Tabell 5. Intern konsistens *Systemfaktor(r)* ved T1 (Chronbach's alpha)

Variabel	Gjennomsnittskår	Standardavvik (SD)	Korrigert variabel -total korrelasjon	Cronbachs alpha - om variabelen fjernes
4	5,10	0,82	0,51	0,62
7	4,59	1,04	0,46	0,71
10	4,97	0,84	0,60	0,50

N=248

I *Systemfaktor(r)* viser det seg at skalaen ved de tre variablene 4, 7 og 10 oppnår tilfredsstillende grad av intern konsistens ved Cronbach's alpha som er $\geq 0,70$.

Gjennomsnitt skår ved T1 for skår jobbtfredshet i *Systemfaktor(r)* er på 4,9 og standardavviket er 0,72 (vedlegg 3-5).

Variabel 9, svekker den indre reliabiliteten i *Systemfaktor*, og nøyaktigheten til instrumentet. Temaet som variabelen innehar er trygghet for jobben, noe som i forhold til klinisk relevans også svekker denne variabelens funksjon. I en situasjon med forventet mangel på arbeidskraft innen helse- og omsorgstjenestene, er variabelen sannsynligvis av mindre viktighet for jobbtfredshet. Folk er rimelig trygge for jobben, noe som også vises ved en høy skåre på samlet jobbtfredshet. Variabel 9. Trygghet for jobben, ekskluderes derved fra variabelskalaen MS10, og *Systemfaktor(r)* inneholder da variablene 4, 7 og 10.

Test 3 - Test- retest - reliabilitet

For å undersøke verktøyets stabilitet, ble skalaen undersøkt ved test- retest – reliabilitet, i forkant av undersøkelsen. Det ble gjort i en liten studie i 2006, hvor et utvalg på N=26 respondenter besvarte spørreskjemaet to ganger, med én ukes mellomrom. Datamaterialet ble undersøkt i arbeidet med mastergradsoppgaven i 2011, og analysert ved bruk av IBM SPSS versjon 19. Reliabilitet er tilfredsstillende, når korrelasjons koeffisienter viser verdier $> 0,7$. I tillegg ble Students T-Test benyttet for å sammenlikne endring i gjennomsnittsskår for T1 og T2, og det var ikke statistisk signifikant forskjell.

Tabell 6. Test- retest reliabilitet MS10 Intra-class correlation (ICC)

MS10	T1		T2		Intra-class correlation (ICC)
	Gjennomsnittsskår	SD	Gjennomsnittsskår	SD	
Total skår	4,71	0,60	4,62	0,71	0,94

N=26 (SD) Standardavvik

Skalaen av variabler i MS10, viste høy samstemmighet i skåre ved T1 og T2 (vedlegg 3-6). Intra-class correlation koeffisient (ICC) var 0,94. Det viste seg også en svak nedgang i den gjennomsnittlige totalskåren på jobbtilfredshet fra 4,71 til 4,62, mellom de to måletidspunktene.

3.2 Metodekritikk

I et vitenskapelig arbeid vil vekselvirkning mellom praksis og teori være metoden som resulterer i en ny forståelse av en problemstilling. Hva som er begrunnelsen for en god teori, avhenger av graden av kritisk vurdering i forhold til om teorien er sann (korrespondansekriteriet), og om den er nyttig (nyttekriteriet). Skal teorien være av verdi for praksis må den korrespondere innenfor en forståelsesramme av de vedtatte ”sanne” verdier som er gjeldende i samtiden, og i samfunnet. ”En god teori prøves ideelt sett mot korrespondansekriteriet og nyttekriteriet, og i praksis mot verdikriteriet.” (Aadland, 1997, sitat s.62).

I hvilken grad er teorien i undersøkelsen sann?

Dette arbeidet benytter kvantitativ metode for å undersøke psykososiale forhold i arbeidsmiljøet og hvordan deltakelse i kompetanseutvikling i praksis kan sies å innvirke på deltakerne jobbtilfredshet. Utvikling av vitenskapelige metoder for å undersøke subjektive psykologiske forhold bygger på alt fra introspeksjoner , til kasusmetode, til feltobservasjon, og aksjonsforskning. De vanligste metodene i dag bygger på enten kvalitative vitenskapelige metoder ved ulike intervjumetoder, eller også kvantitative metoder utviklet for å undersøke forhold i organisasjonsmessig kontekst ved spørreskjemaer. En metode som er utviklet ved å kombinere både intervju og spørreskjema er såkalt survey (overblikk), metode (Zahl-Begnum og Begnum, 1997). Ved alle metodene møter forskere problemene ved subjektivitet og objektive kriterier og tolkninger av resultater (Zahl-Begnum og Begnum, 1997). I lys av formålet med denne undersøkelsen, ble det valgt kvantitativ metode for å kartlegge faktorer i

arbeidsmiljøet. Det var ikke et formål å forske på arbeidsmiljøene i den hensikt å gi tilbakemelding av resultater, for å kunne endre sider av praksis direkte på grunnlag av resultatene i denne forskningsundersøkelsen. Hensikten var i første linje å kartlegge garden av jobbtilfredshet, og samtidig hvilke forhold som er av betydning for kompetanseutvikling i et tverrfaglig arbeidsmiljø i omsorgstjenestene.

Hypotesen for arbeidet er utarbeidet ved hypotetisk deduktiv metode som, etter tradisjonell kunnskapstenkning for evidensbasert kunnskap, baserer seg på forklaringsmodeller etter årsak-virkning forhold. Undersøkelser av menneskelige forhold vil innebære flere årsakselementer som kan innvirke på resultatet. Det kan i så måte være en mangelfull metode, som ikke gir den vitenskapelige kvaliteten som kreves.

Korrespondansekriteriet

Teorien i denne undersøkelsen kan være omdiskutert på bakgrunn av metode og design. Hvis en ser på det ut fra et systemperspektiv, fanger ikke metoden opp dybden, nyansene av hvordan arbeidsmiljøet utfordres av ABC-opplæringen. Andre forhold kan ha påvirket arbeidsmiljøene, uten at disse er definert og vurdert i tolkningen av materialet. Fra et individperspektiv, var hensikten med undersøkelsen å se om ABC-modellen i det hele tatt kunne sies å påvirke deltakernes jobbtilfredshet. Selv om det ble gjort funn som tyder på en sammenheng, er det vanskelig å trekke slutninger som kan tilskrives en årsak-virkning effekt av opplæringen.

En svakhet ved dette materialet, er at antallet av respondenter ble mindre enn det som var bestemt ut fra valg av metode. Som følge av lite utvalg vil resultatene ha begrenset overføringsverdi til den totale populasjonen. Det gir også problemer med å vurdere resultatene ved å kontrollere for variasjoner som knytter seg til arbeidsforholdets lengde, stillingsstørrelse, yrke og utdanning.

Siden hovedresultatet viste seg ved et statistisk signifikante funn, kan metoden allikevel sies å være innenfor rammen av korrespondansekriteriet.

Nyttekriteriet

Hypotesen kunne avkrefte ved resultatene av undersøkelsen. Helsearbeidere fikk ikke høyere jobbtilfredshet ved å delta i kompetanseutvikling.

I et kunnskapsteoretisk perspektiv, kan undersøkelsen ha nytteverdi for å forstå hvordan sammenhenger mellom praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap blir påvirket.

I forhold til nyttekriteriet, har teorien i undersøkelsen tilført resultater. Ved kvantitativ metode ble det mulig å sette fingeren på hvilke faktorer i arbeidsmiljøet som bør undersøkes nærmere. Det bringer også fram ny forståelse om praksisfeltets utfordringer når kompetanseutvikling skal gjennomføres i bedriftene.

Verdikriteriet

I lys av å forstå kunnskapsformene i helsefagene, vil teorien også ha nytte ved at resultatene av undersøkelsen har pekt på praksisfeltets muligheter, og begrensninger for å bidra i kunnskapsutviklingen. Når det gjelder undersøkelsen hensikt, er det diskusjoner om hvilke kunnskapsgrunnlag som er gjeldende innen praktiske, profesjonelle utdanninger (Alvsvåg, 2009).

3.3 Forskerrollen

Min rolle som forsker i denne undersøkelsen handler om å ferdigstille et datamateriale som er innsamlet av en annen forsker. Arbeidet som jeg har gjort ved denne undersøkelsen er utført på bakgrunn av gjeldende forskningsetiske retningslinjer. Det er allikevel en mulighet for at tolkningen av resultatene kan være påvirket av at jeg har en sentral rolle i ABC-oppfølgingen.

Referanser

- Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Sykepleien forskning*. 2009 (03) s. 216-220.
- Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-20050617-062-004.html>
- Berentsen, V.D. og Solheim, K.V. (2002). *Eldreomsorgens ABC* (Vol. 1-3). 1. utg. Sem: Forlaget Aldring og helse.
- Demensplan 2015, (2007) *Den gode dagen. Delplan til Omsorgsplan 2015*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Eek, A., Kirkevold, Ø. (2011). Rapport. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-201. Demensplan 2015. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.
- Eiken, T., Sterud, T., Tynes, T., Grimsrud, K. og Aasnæss, S. (2008). *Psykososialt arbeidsmiljø*. STAMI-rapport nr.11 Årgang 9. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. (2. utg.) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K., og Haugen P.K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. (5. utgave) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Kommunehelsetjenesteloven (1982) LOV 1982-11-19 nr 66. *Lov om helsetjenesten i kommunene*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19821119-066.html>
- Lundstøl, J. (2009). Kierkegaards tanker om hjelpekunsten - en indirekte medelelse om veildning? Et essay om Kierkegaards berømte veiledningssitat. *Veiledernetverket i Agder, Årbok 2009* (s. 16- 24). Arendal: Universitetet i Agder.
- Lundstøl, J. (1993). Donald Schön. Den reflekterte praktiker. *Notater fra John Lundstøl til E2- forelesning, våren 1993*. Arendal: Universitetet i Agder.
- Master i praktisk kunnskap (2010) *Studieplan versjon 14.03.2011*. Universitetet i Nordland Hentet fra [URL] <http://www.hibo.no/index.php?ID=9509&lang=nor&displayitem=2341&module=studieinfo&type=studieue&subtype=1>
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. 1 utg. Oslo: Akribe.
- NEL (2004). *Norsk elektronisk legehåndbok, arbeidsmedisinske veiledninger*. Hentet fra <http://amv.legehandboka.no/>
- Ot.prp. nr. 91 2005–2006 (2006) *Om lov om endringer av arbeidsmiljøloven og diskrimineringsloven (arbeidstid m.v.)*. Oslo: Arbeids og inkluderingsdepartementet.
- Polit, D.F. & Beck, C. T. (2010). *Essential of Nursing Research. Appraising evidence for Nursing Practice*. (Seventh Edition). Philadelphia USA: Wolters Kluwer Health / Lippincott

Rokstad, A.M.M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Skogstad, A. (2001). *Brukerveiledning QPS Nordic. Generelt Spørreskjema om psykologiske og sosiale faktorer i arbeidet*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt

Solheim, K. (2001). Å ha kontakt med hode, hender og hjerte. *Selvdrevne og tverrfaglige studiegrupper i arbeidstiden. En opplæringsmodell til bruk i primærhelsetjenesten*. Bergen: Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.

St. meld. nr. 45, 2002-2003 (2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 25, 2005-2006 (2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 47, 2008-2009 (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sund, A. (2003). Håndbok for bedriftshelsetjenesten. I.E. Moen B. (red). *Selektiv helseovervåking med fokus på psykososialt arbeidsmiljø* (del 3). Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.

Svare, H. (1997). *I Sokrates' fotspor. Filosofi- og vitenskapshistorie*. Oslo: Pax Forlag

Søkelys på arbeidslivet (2011). Samfunnsvitenskapelig institutt. spa-2011-1_web[1]. Oslo Universitetsforlaget. Hentet fra [URL]
<https://www.universitetsforlaget.no/?siteNodeId=33258462>

Tretteteig, S. (2009). *Omsorgsboliger - et godt hjem for personer med demens?- bemannede omsorgsboligers muligheter for realiseringen av et godt liv for personer med demens sett i et livsløpsperspektiv*. Drammen: Høgskolen i Buskerud. Hentet fra <http://ask.bibsys.no/ask/action/show?pid=093926774&kid=biblio>

Tschudi-Madsen, C. (2011). Brobygging i kunnskapsutviklingen tegn. I.E. Jarning, H. (red) *Dyktighet og kyndighet* (s. 20-32). HiO-rapport 2011 nr.19. Oslo: Høgskolen i Oslo
Hentet fra http://scholar.google.no/scholar?hl=no&q=tschudi-madsen+dyktighet+og+kyndighet&btnG=S%C3%B8k&as_ylo=&as_vis=0

Wogn-Henriksen, Kjersti, (1997), *Siden blir det vel verre....? Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. Sem: INFO-banken.

Zahl-Begnum, O.H., og Begnum, S. (1996). *Arbeids og organisasjonspsykologi*. (2 utg.). Bærum: NKS forlaget.

Aadland, E. (1997). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kopier av Statistiske analyser (SPSS) som omtales i kapittel 4, er ikke vedlagt, siden tabellene og teksten i kapittelet ivaretar gjengivelse av materialet.

Kapittel 4. Artikkel

Bedriftsintern kompetanseutvikling i helse og omsorgstjenestene

- kunnskaper i praksis

Av

Betty Sandvik Døble

*Sykepleier med videreutdanning i Psykisk helsearbeid
Mastergradsstudent ved Universitetet i Agder 2011*

*Prosjektleder ved
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Psykiatrien i Vestfold HF
Postboks 2136
3103 TØNSBERG*

Email: betty.s.doble@aldringoghelse.no

Mobil: 9776235

Forord

Eldre- og demensomsorg er et felt i stadig endring, og kunnskaper er viktig.

Takk til ledere og deltakerne i undersøkelsen som har delt viktig informasjon om hva det vil si å delta i ABC-modellen. Takk også til alle medarbeidere ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, som i nærmere 30 år har bidratt til å sette fokus på aldring, helse og demenssykdommer.

Sammendrag

Bakgrunn

Samfunnet står overfor en befolkningsutvikling som gir stort behov for behandlingstilbud i kommunal eldre- og demensomsorg. Samtidig er det fokus på kvalitet og ny kunnskap om riktig behandling i tjenestetilbudene. For å sikre rekruttering og ivareta positiv utvikling hos personalet i tjenestene er målrettet kompetanseutvikling viktig.

Metode

For å undersøke forhold av betydning for kompetanseutvikling i praksis, ble en kvantitativ intervensjonsstudie utformet. En modell for bedriftsintern kompetanseutvikling, ABC-modellen, ble benyttet som intervensjon. Jobbtilfredshet hos 158 helsepersonell ble undersøkt, 94 deltakere utgjorde intervensjonsutvalg, og 64 deltakere var kontrollutvalg. Ved å benytte et strukturert spørreskjema (Arne Sund), ble jobbtilfredshet kartlagt ved baseline, i 2006, og etter et år i 2007. Statistiske analyser ble utført ved IBM SPSS versjon 19.

Resultater

Kartleggingen viste en høy gjennomsnittverdi på jobbtilfredshet både i 2006, og i 2007. Intervensjonsutvalget hadde allikevel en statistisk signifikant større reduksjon i opplevelse av jobbtilfredshet, enn det som viste seg for kontrollgruppen. Resultatet svekkes på grunn av utvalgenes størrelse.

Konklusjon

Undersøkelsen viste at kompetanseutvikling i praksis bør følges opp i arbeidsmiljøene ved støtte fra medarbeidere og leder. Opplevelse av fellesskap, samarbeid, trygghet og trivsel er

viktig ved kompetanseutvikling. Forståelse av kunnskap i praksis bør diskuteres og bevisstgjøres i praksisfeltet.

Nøkkelord: kompetanseutvikling, jobbtilfredshet, tjenestekvalitet, demensomsorg, praksiskunnskap

Vestlige samfunn står overfor endringer av alderssammensetningen i befolkningen, hvor andelen eldre vil øke sterkt i årene framover. I Norge varsles reformer og omorganiseringer av helsetjenesten i *Samhandlingsreformen* (St.meld.nr.47, 2008-2009). Kommunale tjenestetilbud innen eldre- og demensomsorg skal styrkes for å møte behovene som knytter seg til befolkningsendringene.

I Norge er 71.000 personer per i dag rammet av demenssykdommer, og har behov for tilpasset behandling og varige tjenestetilbud (Engedal og Haugen 2009). Satsingsområder og mål for utvikling av tiltak er beskrevet i St.meld.nr.25 (2005-2006), hvor et viktig mål er økte kunnskaper om demens i befolkningen. Styrking og utvikling av tjenestetilbudene i nærmiljøet hos pasienten og pårørende er et mål, hvor et helhetlig tjenestetilbud kan bidra til å bedre livskvaliteten for de som rammes (Demensplan 2015, St.meld.nr.25, 2005-2006).

Videreutdanninger for helsepersonell innen eldreomsorg, geriatri, alderspsykiatri og demensbehandling er tiltak som er iverksatt. ABC-modellen, et tiltak for bedriftsintern, tverrfaglig kompetanseutvikling i praksisfeltet, er også en satsning på kompetanseutvikling i Demensplan 2015, og Kompetanseløftet 2015 (St.meld.nr.25, 2005-2006).

Målet med ABC-modellen er at helsepersonellens kunnskaper skal styrkes, for å sikre kvaliteten på tjenestene, og utvikle modeller for tilpasset behandling som beskrevet i rapporten *Glemsk, men ikke glemt* (2007). Kunnskapsutveksling ved samhandling mellom

kommunene og personale ved regionale utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, og ved spesialisthelsetjenestene er innarbeidet i ABC-modellen (Solheim 2001).

Kartlegginger viser at flere kommuner i løpet de siste årene tilbyr flere tiltak, og nærmer seg en helhetlig behandlingsskjede noe som medfører behov for ny kunnskap og kompetanseutvikling (Demensplan 2015, Eek og Kirkevold 2011). Arbeidet i praksisfeltet innen helse- og sosialarbeid forutsetter flere typer kunnskaper, og en forståelse av profesjonelle kunnskaper innebærer både teoretiske, erfaringsbasert og praktiske kunnskaper (Aadland 1997).

ABC-modellen ble utviklet som et tiltak for kommunal kompetanseutvikling på 1990-tallet. Den første såkalte "eldre bølgen" medførte økte behov for tiltak i kommunenes eldre- og demensomsorg. Samtidig skjedde en omorganisering av psykiatritjenesten på landsbasis hvor ansvar for behandling av eldre pasienter med psykiske lidelser ble overført til kommunene. ABC-modellen ble utformet i tilknytning til Sosial- og helsedepartementets og Statens helsetilsyns utviklingsprogram om alderspsykiatri (Solheim 2001, Berentsen og Solheim 2002). Første utgave av studiematerialet ble kalt *Alderspsykiatriens ABC*, og utgitt i 1996 ved INFO-banken, som var tilknyttet de statlige utviklingsprogrammene om demens og alderspsykiatri. I et prosjekt under Nasjonalt geriatriprogram i 1994-1999, ble ABC-modellen evaluert og videreutviklet på bakgrunn av erfaringer fra kommuner med ABC-aktivitet.

ABC-modellen gjennomføres ved selvdrevne, tverrfaglige studiegrupper hvor helsepersonell møtes hver tredje uke på arbeidssstedet til faglig diskusjon, refleksjon og dialog (Berentsen og Solheim 2002). Det er et mål at ansatte fra ulike deler av tjenestene blir satt sammen i hver ABC-studiegruppe, noe som skal bidra til kunnskapsutveksling mellom ulike enheter i organisasjonen.

Gruppeprosessen er et bærende element i ABC-modellen, og deltakerne gjennomgår metodisk en introduksjon for å organisere seg i gruppen, og skape sine egne normer for arbeidet med kompetanseutvikling (Zahl-Begnum og Begnum 1996). Deltakerne er forberedt ved at de har lest et fagtema fra studiematerialet. Det er ikke krav til skriftlige oppgaver eller eksamen, men det kreves minst 80 prosent frammøte i gruppesamlingene for å få studiebevis.

Studiematerialet er revidert og videreutviklet til Eldreomsorgens ABC, hvor to permer inneholder grunnleggende kunnskap om aldring og eldreomsorg, og tre permer er fordypning

innen geriatri, demens og aldring med funksjonshemning. Et nytt studiemateriale er utviklet, Demensomsorgens ABC, med 23 teorihefter satt sammen i to studiepermer (Berentsen 2009).

For hver ABC-perm arrangeres to fagseminar hvor deltakerne møtes på tvers av ABC-gruppene, utveksler praksiserfaringer og får undervisning fra fagpersonale ved regionale kompetansemiljøer i spesialisthelsetjenestene, utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester, eller høyskolemiljøene. Ved årsskiftet 2010- 2011 hadde 69 % av landets kommuner tatt i bruk ABC-modellen (Eek og Kirkevold 2011).

Forskning på opplæringsprogrammer i praksisfeltet fokuserer ofte på målbare resultater i form av endringer i behandleratferd. En intervensjonsstudie undersøkte om opplæring av pleiepersonell på sykehjem førte til atferdsendringer hos pasientene, og om det påvirket bruk av tvang (Testad et al. 2005). En annen studie viser store utfordringer ved implementeringen av kunnskapsbaserte tiltak i praksis (Lintern 2000 a, Lintern 2000 b). Flere undersøkelser viser at helsepersonell har ulike forståelser og holdninger som kan påvirke både kvaliteten på tjenestetilbudet og jobbtilfredshet (Kada et al. 2009, Malmedal 2009). For å undersøke effekter av ABC-modellen er psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet et fokus.

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet

Jobbtilfredshet er nært knyttet til faktorer som trivsel, motivasjon og mestring og har stor innvirkning på de opplevelsene den enkelte erfarer i arbeidslivet (Sund 2003). Det er en rekke faktorer som påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet, som omfatter individuelle, sosiale og organisatoriske forhold. Våre psykiske og fysiske reaksjoner på disse påvirkningene blir igjen deler av det psykososiale miljøet (NEL 2004).

Samspill mellom enkeltmennesker, mellom mennesket og oppgavene, og mellom mennesket og organisasjonen, kan på ulike måter skape psykiske arbeidsbelastninger hos ansatte (Testad et al. 2005, Testad et al. 2009). I praktisk samhandling inngår holdninger hos helsepersonellet, ofte i ubevisste prosesser, ved at følelsemessige forhold påvirker vår forståelse og hvordan vi handler i arbeidsmiljøet (Lintern 2002 a, 2000 b, 2009).

I et tverrfaglig arbeidsmiljø er refleksjon et praktisk verktøy for å utvikle kompetanse og dyktige og reflekterte praktikere (Schön 2006). Arbeidsmiljøundersøkelser rapporterer jobbtilfredshet ved ulike faktorer i arbeidsmiljøet (Eiken et al. 2008, Skogstad et al. 2001).

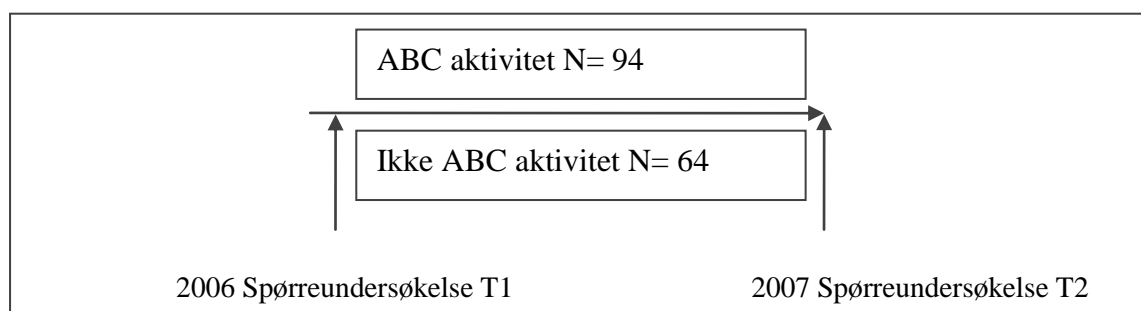
Mål

For å undersøke ABC-modellens påvirkning på jobbtilfredshet, utformet vi en evalueringsundersøkelse ved en kontrollert, intervensjonsstudie med *før - etter* design (Polit 2009). Spørsmålet for undersøkelsen var: ”I hvilken grad endres opplevelse av jobbtilfredshet samtidig som deltakerne gjennomfører ABC-modellen?”

Metode og materiale

Det ble gjennomført kartleggingsundersøkelser av jobbtilfredshet ved å benytte et strukturert spørreskjema. Første kartlegging (T1) ble gjennomført i 2006, og andre kartlegging (T2) etter et år i 2007 (figur 1).

Figur 1. Kartlegging av jobbtilfredshet ved ABC evalueringsundersøkelsen 2006-2007



Helsepersonell fra fire kommuner i to fylker, ble inkludert i undersøkelsen.

Inkluderingskriteriene var at ledere og ansatte deltok over tid i kartlegging av jobbtilfredshet, og at ABC-modellen kunne gjennomføres etter beskrivelsene. Hver kommune fikk egen nummerserie med identitetsnummer til deltakere, for å sikre at besvarelsene fra begge undersøkelsene ble sortert til de respektive utvalgene, ett intervensjonsutvalg (IU) og ett kontrollutvalg (KU). Målet var å inkludere 100 respondenter i hvert av utvalgene og det ble ved oppstart inkludert 290 deltakere i undersøkelsen.

Ved systematisering av datamaterialet i etterkant av spørreundersøkelsene viste det seg at materialet ble halvert på grunn av et stort antall respondenter ikke hadde besvart ved både T1 og T2 og derved ble ekskludert fra utvalgene. Det totale utvalget ble redusert til 158 respondenter, fordelt med 94 i intervensjonsutvalget og 64 i kontrollutvalget. Intervensjon med ABC-modellen ble gjennomført i ett år i intervensjonsutvalget, mens kontrollutvalget skulle vente to år før de startet (figur 1).

Hver kommune utnevnte en kontaktperson med ansvar for å administrere spørreskjemaene. De fikk skriftlig informasjon om undersøkelsen, for å sikre at konfidensialitet og prosedyrer ved datainnsamlingene ble fulgt. De ble instruert i metoden for gjennomføringen av undersøkelsen ved veiledning fra prosjektleder ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (NKAH). Spørreundersøkelsen skulle gjennomføres ved to tidspunkt, og kontaktene hadde en liste hvor respondentenes navn var knyttet til identitetsnummeret på spørreskjemaet. Kontaktpersonene fikk ansvaret for å rekruttere deltakere og organisere ABC-gruppene. De samarbeidet med faglederne om den praktiske gjennomføringen av ABC-modellen.

Spørreskjemaet

Første halvdel av skjemaet har spørsmål om; arbeidsforholdets varighet, stillingsstørrelse, yrkeskategorier, videreutdanninger og deltakelse i ABC-modellen. Andre del av skjemaet ”Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet”, er utviklet ved bedriftshelsetjenesten i Norge, ved Arne Sund (Sund 2003, NEL 2004). Det benyttes *ett* sett med variabler, som her er kalt Miniskjema 10 (MS10) (tabell 1). Jobbtilfredshet skårer fra én til seks på de enkelte spørsmål, og skåre på over fire tilsier rimelig bra - til meget bra jobbtilfredshet.

Validitets- og reliabilitets undersøkelse av skalaen Miniskjema 10

For å undersøke skalaens egenskaper som psykometrisk måleinstrument er det gjort validitets- og reliabilitets testing av variabel skalaen i MS10. Resultater fra Test- retest reliabilitet viste Inter class correlation (ICC) på 0,94. Ved undersøkelse av skalaens interne konsistens var Cronbachs alpha = 0,84. For å undersøke begrepsvaliditet i skalaen ble faktoranalyse gjennomført. Resultatet ble to faktorer med definerte variabler som ble kalt Individfaktor og Systemfaktor.

I Individfaktor var intern konsistens målt med Cronbach's alpha på 0,83 og i Systemfaktor på 0,70. Revidert versjon av MS10 inneholder ni variabler, seks i Individfaktor (IF) og tre i Systemfaktor (SF), som presentert i tabell 1.

Tabell 1. MS10 * med Individfaktor (IF) og Systemfaktor (SF) **

Variabel	Forklaring 1	Forklaring 2
1. Arbeidsmengde (IF6)	Vurdering av arbeidspress, tidspress, overtid	Arbeidsmengde og tidspress. Arbeidsmengde, tempo, mas, tidspress, tidsfrister, pålagt overtidsarbeid. Tilstrekkelig med ressurser for å løse oppgavene? Arbeidsglede?
2. Variasjon (IF2)	At oppgavene er varierte og meningsfulle	Varierte, meningsfylte, interessante oppgaver: Interessante utfordringer, meningsfylt oppgaver. Ensidig og lite variert arbeid, stadige gjentakelser.
3. Egenkontroll (IF4)	Innflytelse og medansvar på egne oppgaver	Frihet og selvstendighet på egne arbeidsoppgaver uten detaljstyring og streng kontroll. Kan bruke mine kunnskaper, improvisere og benytte min kreativitet når situasjonen tilsier det.
4. Sosial støtte (SF1)	Fellesskapet og samarbeidet med kolleger	Kollegial støtte og fellesskap. Bli satt pris på. Føle seg trygg, ha et godt samarbeid.
5. Selvutfoldelse (IF1)	Mulighet for faglig og personlig utvikling	Selvutfoldelse og egenutvikling. Får brukt evner og kvalifikasjoner. Det er rom for personlig utvikling, kompetanseutvikling og etterutdanning. Motivasjon for å stå på.
6. Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsrolle (IF3)	Er klare og tilpasset ulikhet for personlig og faglig utvikling	Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsroller. Ansvar er rimelig fordelt i forhold til evner og kvalifikasjoner. Følelse av ansvarsstress, og bekymring for kvaliteten på arbeidet, uklare forventninger, uklare roller.
7. Ledelse (SF3) - forholdet til nærmeste overordnet	Veiledning, praktisk hjelp, samarbeid, medmenneskelig støtte	Ledelse - forholdet til nærmeste overordnet med personellansvar. Er lederen i det daglige på en positiv måte opptatt av problemene i det daglige arbeidet, samarbeidet, gode tilbakemeldinger og god medmenneskelig støtte? Gode medarbeidersamtaler? Følelse av å bli tatt vare på med naturlig omsorg?
8. Informasjon og kommunikasjon (IF5)	God, åpenhet, lett å bli hørt	Informasjonen er aktuell, tilstrekkelig og lett å forstå. Lederen er lett tilgjengelig og det er lett å bli hørt.
10. Tilhørighet og trivsel (SF2)	I arbeidsenheten	Man blir satt pris på, føler sterk tilknytning, er nærmest stolt av å arbeide i enheten.

*MS10 revidert versjon **Variablene er merket ved tilhørighet i Individfaktor (IF) og Systemfaktor (SF)

Statistikk

Data ble analysert ved bruk av IBM SPSS versjon 19. Utvalgene analyseres først ved deskriptiv statistikk. Data på jobbtilfredshet ble analysert ved å benytte gjennomsnitt sum skåre fra T1 og T2 ved de to faktorene Individfaktor og Systemfaktor.

Gjennomsnittsendringene ble analysert ved at differansen i sumskår ved T1 og T2 ble beregnet ($T2 - T1 = \Delta T$) for både intervensjonsutvalget og kontrollutvalget.

Paired samples test ble brukt for å måle grader av endringer innad i hvert av utvalgene ved gjennomsnitt sum skåre ved T1 og T2. Statistisk sikkerhet for forskjell mellom de to utvalgene i endring fra T1 til T2 ble gjennomført med "Independent sample t-test" av ΔT for de to utvalgene. Forskjellene ble ansett som statistisk signifikante ved p verdi $\leq 0,05$.

Etikk

Det ble gitt skriftlig informasjon om undersøkelsen i et eget informasjonsskriv, og på spørreskjemaene. Det ble opplyst om at deltakelse var frivillig, muligheter for å trekke seg og anonymitet. Konvolutter som var adressert og frankert ble utdelt med spørreskjemaene slik at besvarelsene kunne leveres anonymt. Undersøkelsen er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og godkjent av personvernombudet.

Resultater

Utvalgene hadde samlet N= 158 respondenter, fordelt med 94 i intervensjonsutvalget (IU) og 64 i kontrollutvalget (KU). Av N=158, viste fordelingen av yrkesgruppene seg ved 61 % omsorgsarbeidere/hjelpepleiere, 25 % sykepleiere, mens ufaglærte utgjorde 9 %, og til sammen 5 % hadde annen utdanning. Fordelingen viser samme tendenser som i referansedata på landsbasis fra 2011, hvor totalt 9581 ABC-deltakere var registrert (NKAH). Av disse var 57 % omsorgsarbeidere/hjelpepleiere/ helsefagarbeidere, 22 % sykepleiere og 10 % var ufaglærte. Til sammen 7 % hadde annen utdanning og 4 % hadde ikke oppgitt yrke.

I både IU og KU jobbet rundt 70 % av deltakerne 50-100 % stillingsstørrelse, 15 % jobbet fulltid, mens IU hadde *dobbelt* så mange under 25 % stillingsstørrelse, enn KU. I kategorien *varighet av ansettelse* var det størst forskjell mellom utvalgene. IU hadde signifikant flere deltakere med kortere ansettelsesforhold enn i KU, hvor halvparten hadde arbeidet lengre enn 10 år. Deltakerne i undersøkelsen ble ikke kartlagt i forhold til type arbeidsenhet de jobbet

ved, og det kan også være inkludert respondenter fra hjemmetjenester, omsorgsboliger og boliger for personer med funksjonshemninger i materialet.

Materialet viste en tilnærmet normalfordeling av data, både for hver enkelt variabel og ved summen av alle variablene i skalaen MS10. De statistiske analysene ble gjort ved parametriske tester, T-test.

Resultatene fra kartlegging av jobbtilfredshet ved T1 og T2, og analyser av endringer i jobbtilfredshet ΔT (T2-T1), presenteres i tabell 2. Negativ ΔT , er nedgang i jobbtilfredshet.

Tabell 2. Jobbtilfredshet T1 og T2 og endringer i utvalgene ΔT (T2-T1) MS10 (rev)

IU N=94 / KU N=64		T1		T2		ΔT		
Variabel		Gj.sn	SD	Gj.sn	SD	Gj.sn	SD	p verdi
1. Arbeidsmengde (IF6)	IU	4,15	0,879	3,74	1,067	-0,40	1,221	0,002*
	KU	4,20	0,946	3,72	1,188	-0,48	1,069	0,001**
2. Variasjon i arbeidet (IF2)	IU	4,31	0,962	3,99	1,073	-0,32	1,119	0,007*
	KU	4,31	1,067	4,17	0,952	-0,14	1,082	0,302
3. Egenkontroll (IF4)	IU	4,48	0,901	4,30	0,948	-0,18	1,116	0,120
	KU	4,64	0,897	4,42	0,922	-0,22	1,031	0,094
4. Sosial støtte, kolleger (SF1)	IU	5,02	0,747	4,88	0,902	-0,14	0,850	0,118
	KU	5,19	0,941	5,27	0,718	0,08	0,965	0,519
5. Selvutfoldelse(IF1)	IU	4,01	1,178	3,85	1,057	-0,16	1,185	0,195
	KU	4,14	1,082	4,00	1,008	-0,14	0,870	0,201
6. Krav til ansvar, kvalitet/rolle (IF3)	IU	4,17	0,900	4,10	0,905	-0,07	1,060	0,497
	KU	4,52	0,908	4,16	0,877	-0,34	0,966	0,004*
7. Ledelse/ nærmeste leder (SF3)	IU	4,71	0,980	3,96	1,495	-0,75	1,389	0,000*
	KU	4,39	1,217	4,00	1,195	-0,39	1,432	0,033*
8. Informasjon og kommunikasjon (IF5)	IU	4,21	0,993	3,67	1,339	-0,54	1,427	0,000**
	KU	4,31	0,974	3,81	0,975	-0,50	1,039	0,000**
10. Tilhørighet/trivsel i arbeidsenhet (SF2)	IU	4,98	0,703	4,66	1,205	-0,32	1,090	0,006*
	KU	5,02	0,951	5,02	0,882	0,00	0,926	1,000

*Signifikant p verdi $\leq 0,05$ ** Signifikant p verdi $\leq 0,001$ Standardavvik(SD)

Ved Individfaktor og Systemfaktor viste resultatene av analysene for ΔT , ulike endringer av jobbtilfredsheten i utvalgene IU og KU (tabell 3).

Tabell 3. Endringer i jobbtilfredshet i utvalgene ΔT (T2-T1) Individfaktor og Systemfaktor

MS10 (Rev)		T1		T2		ΔT		p verdi
		Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	Gj.snitt	SD	
Individfaktor	IU	4,22	0,673	3,94	0,75	-0,28	0,760	0,001**
6 variabler (IF1IF6)	KU	4,35	0,751	4,05	0,63	-0,30	0,624	0,000**
Systemfaktor (rev)	IU	4,90	0,602	4,50	1,01	-0,40	0,863	0,000**
3 variabler (SF1F3)	KU	4,86	0,876	4,76	0,66	-0,10	0,856	0,334

** Signifikant p verdi $\leq 0,001$ Standardavvik(SD)

Individfaktor viste *reduksjon* i gjennomsnitt sumskåre for begge utvalgene, hvor graden av jobbtilfredshet var redusert med 0,28 i IU og 0,30 i KU (tabell 3). Endringene i gjennomsnitt jobbtilfredshet innad i hvert av utvalgene i ΔT var statistisk signifikante, men *forskjellen i endring* mellom utvalgene var ikke statistisk signifikant for Individfaktor, med en p verdi 0,806.

For *Systemfaktor* viste det seg derimot større grad av ulikheter i endring mellom utvalgene. IU hadde i 2007 redusert jobbtilfredshet med 0,40, mens det i KU var reduksjon på 0,10. Det vil si at fra 2006 til 2007 ble jobbtilfredsheten ved Systemfaktor signifikant redusert for de som deltok i ABC-modellen, men ikke for kontrollutvalget (tabell3). Forskjellen i utvalgenes endringer for Systemfaktor var statistisk signifikant, p verdi = 0,033 (tabell 4).

Tabell 4. Forskjell i endring av jobbtilfredshet ΔT mellom IU og KU

IU N=94 / KU N=64	Gj.snitt forskjell IU/KU	p verdi
Individfaktor	-0,02	0,806
Systemfaktor (rev)	-0,30	0,033*

*Signifikant p verdi $\leq 0,05$

Diskusjon

Denne undersøkelsen viste at helsepersonell i kommunene skårer høyt på jobbtilfredshet både ved oppstart og etter et år. Det var imidlertid en liten reduksjon i hvor høyt deltakerne skårer sin jobbtilfredshet for alle variablene samlet, og dette gjelder for både intervensjonsutvalget og kontrollutvalget. I sumskåre for variablene i systemfaktoren var det en statistisk signifikant større nedgang i jobbtilfredshet hos deltakerne i intervensjonsutvalget, enn hos de som var i

kontrollutvalget. Det kan i utgangspunktet være vanskelig å forstå hvordan opplæring og kompetanseheving bidrar til å redusere jobbtilfredshet når det gjelder systemfaktoren. Alle de tre variablene i faktoren bidro til resultatet og det kan være hensiktsmessig å se på dem hver for seg.

Felleskap og samarbeid med kolleger

Jobbtilfredsheten som ble rapportert i forhold til fellesskap og samarbeid med kollegaer på arbeidsplassen, gav høyest skåre av alle variablene ved undersøkelsen i 2006. Dette forholdet var gjeldende for helsepersonellet i alle de fire kommunene som deltok. Kommunale tjenester innen eldre- og demensomsorg er kjennetegnet ved kvinne-dominerte, tverrfaglige/flerfaglige arbeidsmiljøer. I Levekårsundersøkelsen fra 2006, rapporteres det at positive sosiale relasjoner ved sosial støtte, oppleves hos mer enn 85 % kvinner i arbeidslivet. Dette er høyere rapporterte tall, enn tilsvarende for menn (Eiken et al. 2008).

Arbeidsplassene i de kommunale tjenestene som oppnår en så høy jobbtilfredshet på positive sosiale relasjoner, har etablerte normer i det psykososiale arbeidsmiljøet som støtter samarbeidet blant medarbeiderne (Sund 2003). I lærende organisasjoner er medarbeidernes holdninger og handlinger i utvikling ved gjensidige samspill med normene i arbeidsmiljøet (NEL 2004). Kompetanseutvikling skjer over tid, og er nært knyttet til tidens kunnskapsnivå og samfunnets forståelse av verdier og normer (St.meld.nr.25 2005).

Hvordan ABC-modellen påvirker jobbtilfredsheten hos deltakerne kan knyttes til dette forholdet. Når kommunene velger å delta i en målrettet kompetanseutvikling på bakgrunn av vedtatte målsettinger i samfunnet, utvikles kunnskaper hos personellet. Ved å delta i ABC-modellen inntas ny kunnskap, og både normer og holdninger utvikles og bevisstgjøres (Berentsen og Solheim 2002). Undersøkelsen av jobbtilfredshet forutsatte at kompetanseutviklingen ville medføre en økt jobbtilfredshet generelt hos deltakerne. Resultatene viste derimot en ikke fullt så enkel konklusjon ved at deltakerne i ABC-modellen fikk en liten nedgang i jobbtilfredsheten ved denne variabelen. For deltakerne i kontrollutvalget, som skulle vente to år på start av ABC-opplæringen, viste det seg en antydning til økt jobbtilfredshet i løpet av det første året i jobbtilfredshetsundersøkelsen. Ny kunnskap ved ABC-deltakelse var ikke tilført i deres arbeidsmiljøer.

Kunnskaper i praktisk helse- og omsorgsarbeid

En profesjonell praksis trenger å ha et felles språk, og rom for faglig refleksjon i et tverrfaglig miljø, særlig når nye og ukjente oppgaver skal løses. Som Einar Aadland (1997) forutsetter, er arbeidet i praksisfeltet innen helse- og omsorgsarbeid svært sammensatt. Ulike kunnskapsformer kan bidra til en forståelse av hva profesjonell praksis innebærer (Aadland 1997). I ABC-modellen er *erfaringsbasert refleksjon* en del av metoden for læring (Berentsen og Solheim 2002). I teoriheftene har deltakerne praktiske eksempler og oppgaver som knyttes til de ulike fagtemaene. Ved å kjenne på egne reaksjoner og diskutere egne følelser inn i gruppen, kan de subjektive erfaringene bidra til personlig utvikling. Ved selv å kjenne på hvordan pasienten kan oppleve situasjoner som finnes i praksis, utvikles *erfaringskunnskap*. Aadland (2003), omtaler det som fortrolighetskunnskap, en intuitiv, personlig og taus kunnskap som gir profesjonell, høyverdig spisskompetanse hos helsepersonell. Ved å øve på situasjoner, og samtidig reflektere handlingene med ord, opparbeides en personlig trygghet. Fortrolighetskunnskap for ulike praktiske situasjoner gjør helsepersonell i stand til å inngi tillit til medvirkning og mestring hos tjenestemottakeren. Denne kunnskapen er stilltiende, og utføres i handling av dyktige yrkesutøvere (Aadland 2003). Å dele profesjonell kunnskap krever samarbeid i praksis, og et felles språk i arbeidsmiljøene.

Et annet kunnskapssyn, som utfyller de teoretiske tilnærmingene til praksis, bygger på Donald Schöns' teorier om *praktisk kunnskap* (Lundstøl 1993). Donald Schön presenterer begreper som handler om å utvikle tverrfaglige kunnskaper i praksis ved å reflektere over praksis (*reflection in action*), ved å utøve viten i handlingene (*knowing in action*) og ved å reflektere over refleksjoner i handling (*reflection on reflection in action*). Den reflekterte praktiker har oppøvet en evne til å forstå unike situasjoner når problemstillinger som oppstår faller utenfor de lærte profesjonskunnskaper. Ved å omdefinere problemet slik at det kan forstås ut fra en kunnskapsbasert tilnærming, kan dyktige medarbeidere løse situasjoner ved intuitive, målrettede handlinger som gir kvalitet (Lundstøl 1993). Det kan være vanskelig å umiddelbart sette ord på den handlingen som skjer i praksissituasjonen. Ved tverrfaglig refleksjon om problemstillingene kan den stilltiende kunnskapen ved "å vite i handling", omdannes ved språklige forklaringer om handlingene, og tilbakeføres i felles tverrfaglig praksis (*knowlegde in action*)(Lundstøl 1993).

ABC-gruppene fungerer på flere områder i henhold til de forutsetningene som Schön stiller opp for å utvikle praktisk kunnskap (Lundstøl 1993). Ved at ansatte fra ulike profesjoner

møtes, definerer og organiserer problemene, og setter dem inn i sammenhengen kan det konstrueres en språklig forståelse av handling i praksissituasjoner. Det er en viktig faktor ved denne teorien at læring av erfaringsbasert kunnskap også ”stilltiende” må overføres fra erfarne, dyktige medarbeidere ved praktisk handling. Hos ABC-deltakerne utvikles forståelse ved refleksjoner og faglige diskusjoner. Det kan medføre økte forventning til å reflektere over handlingene i arbeidsmiljøet på arbeidssstedet, ved ”reflection in action”. Annen forskning underbygger en slik forståelse.

En undersøkelse som ble gjennomført blant ansatte i sykehjem i 2005, målte effekter av kompetanseutvikling i sykehjemsavdeling for personer med demens. En effekt var at deltakerne endret sine arbeidsmetoder ved å bruke mindre tvang i situasjoner med atferdsproblemer hos pasientene (Testad 2005). Deltakerne ble veiledet av en ekstern fagperson ved praktisk, systematisk oppfølging under intervensjonsperioden. Undersøkelsen viste at deltakerne fikk økt trivsel i arbeidsmiljøet. Ved målrettet kompetanseutvikling er både teoretiske tilnærminger og praktisk øvelse nødvendig. Et trygt og støttende arbeidsmiljø som forstår sin rolle ved praktisk kunnskapsutvikling, kan fremme faglig spisskompetanse (Aadland 2003).

På egen arbeidsplass møter ABC-deltakerne medarbeidere som ikke på samme måte deltar i læreprosesser, og heller ikke har utviklet erfaringer og forventninger på samme måte. Ny kunnskap som påvirker forståelse av praksis, kan møte manglende støtte hos medarbeidere. Det var bare ABC-deltakerne som fikk redusert jobbtilfredshet ved denne variabelen. Respondentene fra kommunene som ikke gjennomførte ABC-modellen, hadde en stabil, og faktisk litt høyere jobbtilfredshet i forhold til sosial støtte fra medarbeiderne fra 2006 til 2007.

En annen forklaring kan være knyttet til et kjent, statistisk fenomen kalt *regression to the mean* (Altmann 1991). Det har vist seg at når skår ved første kartlegging i undersøkelser har veldig høye skårverdier vil disse over tid vil tilnærme seg en middelveidlinje, og variere omkring den. Det kan forklare fenomenet ved reduksjon i jobbtilfredsheten. Så høye skåre verdier, som ble målt for jobbtilfredshet i 2006, kan jo heller ikke bli stort høyere.

Tidsaspektet og samtidens kunnskapsforståelse er viktige faktorer som påvirker utvikling av gode, og tilpassede helse- og omsorgstjenester i kommunene (Eek og Kirkevold 2011, St.meld.nr.45 2008-2009). Medarbeidernes forståelse, og holdninger påvirkes i kontinuerlige prosesser og er samtidig avgjørende for utvikling av praksis. Også gruppeprosesser er av

betydning i ABC-modellen (Berentsen og Solheim 2002). I lys av arbeids- og organisasjonspsykologisk perspektiv er normstrukturene regulerende for atferden til medlemmene i en gruppe. Det bidrar i praksisfeltet med krav om uniformering (likeartet atferd og fremtoning), og konformitet (overensstemmelser av atferd blant gruppens medlemmer)(Zahl-Begnum og Begnum 1996). Dette kan kaste lys over resultatet i undersøkelsen. I kontrollutvalget gikk arbeidslivet sin gang. Medarbeiderne forholdt seg til arbeidsstedets kunnskapsgrunnlag, normer og kulturer for samhandling. ABC-deltakerne ble sosialisert ved gruppedannelse og relasjonsbygging med nye medarbeidere fra andre deler av organisasjonen. I ABC-gruppene er arbeidet i oppstartsfasen preget av felles oppgaver med utarbeidelse av skriftlige regler som definerer normene for arbeidet i studiegruppen. I relasjonene bevisstgjøres erfaringer, som utvikles ved felles kommunikasjon i studiegruppen. Dette bidrar til læring hos medarbeiderne som deltar, og skaper et sosialt læringsmiljø og fagutvikling. Erfaringer viser at ABC-modellen hadde best effekt når flere ansatte fra hver avdeling fikk delta i studiegrupper parallelt over tid (Solheim 2001).

Arbeidsstedets forståelse av praktisk kompetanseutvikling er av betydning for å utvikle en kultur for læring i praksis. Det er imidlertid også ansattes holdninger og forståelse av kunnskap. I en avisartikkel med tema "Livets skole" i *Klassekampen* (20.november (2010)), diskuterer professor Ottar Brox ulike syn på teoretisk, formell skolegang mot den praktiske kunnskapen som utvikles ved erfaring i praktiske yrker. Det setter også et fokus på den læringen som faktisk skjer i praksisfeltet gjennom det daglige arbeidet. Tradisjonelt har dette vært en kunnskap som har lavere status enn teoretisk kunnskap.

Er teoretisk kunnskap enklere å forholde seg til i praksis, fordi den ikke nødvendigvis impliserer praksis? Normer i arbeidsmiljøene kan hemme praktisk kunnskap i å utvikles. Ofte er holdninger og normer uuttalte, og kan i stor grad også være ubevisste. Det vil merkes i praksis ved graden av sosial støtte i det psykososiale arbeidsmiljøet. Forskning viser at oppfølging med praktisk veiledning over tid, er nødvendig for å utvikle en lærende organisasjon praksis (Lintern 2000 a).

En annen årsak til forskjellen i endring av jobbtilfredsheten mellom utvalgene kan være at utvalgene hadde noen, men små forskjeller i forhold til deltakernes egenskaper. Det var statistisk signifikant flere ansatte under 25 % stillingsstørrelse som deltok i ABC-modellen, og det var også flest deltakere med kortere fartstid blant ABC-deltakerne. Undersøkelser fra

praksisfeltet viser at ulike forutsetninger hos medarbeidere gir varierende forståelse av kvaliteter i praksisutøvelsen (Malmedal et al. 2009, Kada et al. 2009). Forhold av betydning var ulikeheter ved helsepersonellens utdanning, arbeidserfaring og alder, og forskjeller i størrelser på arbeidsenhetene.

Variabelen i Systemfaktor som ble mest redusert i undersøkelsen i både ABC-utvalget og i kontrollutvalget, var opplevelse av jobbtilfredshet som knyttet seg til *ledelse, og forholdet til nærmeste leder*.

Ledelse i en relasjonell praksis

De individuelle forholdene som knytter seg ulike personlige egenskaper, er en viktig og sentral del av det psykososiale arbeidsmiljøet (Sund 2003, NEL 2004). Samspill mellom leder og ansatt er også i andre arbeidsmiljøundersøkelser rapportert som *det viktigste elementet* for opplevelsen av sosialt arbeidsmiljø (Skogstad et al 2001). Undersøkelser har vist at helsepersonell er mer påvirkelige av stress som knytter seg til sosiale forhold i arbeidsmiljøet, enn til arbeidsbelastningen selv krevende arbeidsoppgaver medfører (Testad 2009). Behovet for støtte fra leder er viktig, for å oppleve seg sett og forstått. En annen kjent faktor i undersøkelser av arbeidsforhold er *Hawthorne effekten*. Mennesker har behov for oppmerksomhet, bekreftelse og anerkjennelse i arbeidssituasjoner, og undersøkelser kan i seg selv gi en oppmerksomhet som medfører endringer i psykologiske faktorer (Zahl-Begnum og Begnum 1993). Ved å bli spurt om slike temaer, kan det i seg selv føre til et behov for oppmerksomhet som igjen kan påvirke svarene i undersøkelsen. I så måte kan det være en *negativ Hawthorne effekt*, ved at både ABC-utvalget og kontrollutvalget rapporterte en lavere i jobbtilfredsheten ved denne variabelen. Man blir undersøkt, og har mulighet for å uttrykke et behov for oppmerksomhet for å få bekreftelse fra lederen.

Rapporten som knytter seg til ABC-modellens utvikling fra 2001, underbygger en forståelse av at lederrollen innebærer veiledning i praksis (Solheim 2001). En utfordring som ble rapportert i 2001 var knyttet både til ledernes holdninger til ABC-deltakernes aktiviteter, og til lederens rolle som støttespillere i praksis for gjennomføringen av ABC-modellen. Det viste seg at deltakernes behov for støtte vedvarte gjennom hele tidsperioden de deltok i ABC-modellen, over flere år. Det kan være nyttig å se på hva roller, og forventninger har å si i denne sammenhengen. ABC-deltakerne skal lære, det er et definert mål, og som ”elev” kan det være at en forståelse av lederen endres til i større grad til å skulle fungere som ”lærer”.

Innen perspektivet av en sosiokulturell læringsteori, kan en se på læreren også som leder av læringsprosessen (Lyngsnes og Rismark 2007). I Vygotskij sin teori om læringsmiljøet som en konstruksjon, er læreren definert som leder for arbeidet med å bygge støttende stillaser i omgivelsen som er tilpasset elevens behov. Kulturelle og språklige faktorer i arbeidsmiljøet defineres som viktige, og læringen skjer i samhandling med andre. Her finner vi også begrepet, *individets nærmeste læringssone*, som utgjør det rommet hvor eleven har *trygghet* for å prøve ut ny kunnskap, og rom for å mestre eller også feile (Lyngsnes og Rismark 2007). Lederen skaper trygghet for læring ved å tilpasse graden av støtte i praksisutøvelsen, og sikrer at kravene til kvalitet opprettholdes i miljøet. Lederen, kan i en tradisjonell teoretisk forståelse av læring, ha rollen som ansvarlig for gjennomføring av læringen. Denne holdningen kan være ubevisst både hos leder og medarbeider, og kan skape økte forventninger og behov for tilrettelegging og forståelse hos ”eleven”, som rapporterer en lavere tilfredshet. Lederne har i kraft av sine stillinger et definert faglig ansvar, og det er mulig at en type kompetansetiltak som ABC-modellen innebærer, faktisk krever en bevisstgjøring av disse forventningene og tilpasninger av normene i praksis. En annen faktor som kan skape uklare forventninger er ABC-modellens definisjon av avdelingsledernes rolle i gruppearbeidet (Berentsen og Solheim 2002). Ledelse av ABC-gruppene er definert til deltakerne i gruppene, og det kan være muligheter for dilemmaer som knyttes til hvordan lederen forstår sin rolle i kompetanseutviklingen.

Resultatene som knyttes spesifikt til denne variabelen, viser imidlertid at det ikke utgjorde noen signifikant forskjell i endring i forhold til kontrollgruppen. Det kan indikere at studiematerialet, og ABC-metoden i stor grad ivaretar behovet for informasjon om ABC-modellen, og at gruppedeltakerne får god nok veiledning til å selv gjennomføre arbeidet etter beskrivelsene som gis i studiematerialet. Siden samtlige respondenter i undersøkelsen hadde litt redusert jobbtilfredshet knyttet til støtte og omsorg fra nærmeste leder, er den mest sannsynlige årsaken at deltakelse i en spørreundersøkelse over tid i seg selv fordrer tydelig ledelse, informasjon og kommunikasjon. Det kan heller ikke denne undersøkelsen svare på.

Et annet moment som kan forklare dette forholdet, knytter seg til de personlige variasjonene i det psykososiale arbeidsmiljøet ved individuelle forskjeller i behov for anerkjennelse og bekreftelse (Schibbye 2002). Medmenneskelig støtte, veiledning, praktisk hjelp og samarbeid, defineres i spørreskjemaet som oppgaver tilknyttet lederens rolle.

Datamaterialet fra begge utvalgene hadde i 2007 en spredning med standard avvik (SD) på 1,4 ved denne variabelen, og dette var større enn i 2006. Om det betyr at det ble større individuelle endringer i skåre på jobbtilfredshet hos samtlige respondenter, kan en tenke seg at det å delta i en undersøkelse i seg selv er nok til å øke behovet for støtte fra leder. I forhold til klinisk relevans kan en si at forholdet mellom den enkelte ansatte og leder, er en individuelt betinget variabel. Det kan gi svært stor grad av variasjoner i skåre på jobbtilfredshet.

Tilhørighet og trivsel i arbeidsenheten

Den tredje variabelen som bidro til reduksjon av jobbtilfredshet er knyttet til opplevelse av tilhørighet og trivsel i arbeidsenheten. Sett i lys av endringene i de andre to variablene, og de drøftingene som er gjort, så er det naturlig at også tilhørighet og trivsel påvirkes ved ABC-deltakelse og læring i praksis. Kontrollgruppens deltakere hadde faktisk *ingen* endring i jobbtilfredshet ved tilhørighet og trivsel i løpet av perioden. De hadde heller ikke dannet relasjoner med medarbeidere fra *andre* deler av tjenestene i ABC-grupper, og utviklet kjennskap til andres enheter. Det er viktig å merke seg at denne variabelen hadde meget høye gjennomsnittsskårer ved de to kartleggingene i 2006 og 2007, for begge utvalgene (tabell 1).

Målsetninger om å utvikle menneskelige ressurser, styrke samhandling og kompetanseutvikling ved læring i organisasjonene er blitt mer fremtredende i arbeidslivet de siste 20-30 år (Skogstad et al. 2001, St.meld. nr. 47 2008-2009). Endringer av praksis stiller krav til kolleger og kan medvirke til utrygghet og negative holdninger. I rapporten fra ABC evalueringen på 1990-tallet, problematiseres det økte behovet for refleksjoner i praksis ved økt arbeidsmengde, av både kvalitativ og kvantitativ art (Solheim 2001). Arbeidet som utøves i dagens kommunale eldre- og demensomsorg, forutsetter at helsepersonell over tid klarer å stå i relasjonelle, nære situasjoner med syke mennesker. Det krever forståelse, støtte og samarbeid i arbeidsmiljøet. Hvis en kan forstå resultatet ved redusert tilhørighet og trivsel i arbeidsenheten på bakgrunn av at det utviklet seg positive sosiale relasjoner med medarbeidere fra andre deler av organisasjonen, så er vel det et mulig positiv effekt av ABC-modellen. Resultater fra undersøkelsen av ABC-modellen på 1990-tallet kan tyde på det. En middels stor kommune deltok med mer enn halvparten av sine ansatte, og erfarte økt forståelse og samarbeid mellom ansatte i ulike deler av tjenestene. Det bidro til en enklere gjennomføring av en pågående omorganisering (Solheim 2001). Samarbeid i praksis handler om gjensidig erkjennelse og anerkjennelse av hverandres særtrekk, forutsetninger og samfunnsoppdrag.

Metodiske begrensinger

Ukontrollerte variabler kan ha påvirket resultatet i undersøkelsen. Antall respondenter i utvalgene oppnådde ikke målet i undersøkelsen, og bidrar til svakere statistiske resultater.

Konklusjon

Endring i organisasjoners oppgaver som medfører kompetanseutvikling over tid, utfordrer stabiliteten i arbeidsmiljøene i eldre- og demensomsorgen. Opplevelse av fellesskap, samarbeid, trygghet og trivsel påvirkes. Forståelse av kunnskap i praksis bør diskuteres og bevisstgjøres i praksisfeltet. ABC-modellen gir muligheter for å bygge relasjoner i organisasjonene. Ledernes rolle bør defineres, deltakende rolle i kompetanseutviklingen.

Videre forskning bør rettes mot effekter av kunnskapsutvikling i praksisfeltet, med fokus på å definere ulike kunnskapsbehov og effekt av støttende tiltak i arbeidsmiljøene. Lederrolle og ledelse i lærende organisasjoner bør undersøkes.

Referanser

Altman, D., (1991), *Practical statistics for Medical Research*. London. Chapman & Hall.

Berentsen, V.D. og Solheim, K.V.(2002), *Eldreomsorgens ABC* (Vol. 1-3). 1. utg. Sem: Forlaget Aldring og helse.

Berentsen, V.D. og Solheim, K.V.(2009), *Demensomsorgens ABC* (Vol. 1-2). Sem: Forlaget Aldring og helse.

Brox, O. (2010), Livets skole. *Klassekampen*, s. 22-23.

Demensplan 2015, (2007), *Den gode dagen*. Delplan til Omsorgsplan 2015. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Eek, A., Kirkevold, Ø. (2011), Rapport Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011. Demensplan 2015. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Eiken, T., Sterud, T., Tynes, T., Grimsrud, K. og Aasnæss, S. (2008), *Psykososialt arbeidsmiljø*. Delrapport STAMI-rapport nr.11 Årgang 9. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt ISSN: 1502-0932.

Engedal, K. og Haugen P.K. (2009), *Demens. Fakta og utfordringer*. (5. utgave) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens (2007). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Kada, S., Nygaard, H.A., Mukesh, B.NJ., Geitung, J.T. (2009), *Staff attitudes toward institutionalised dementia residents*. Journal of Clinical Nursing, 18, 2383-2392 doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x.

Lintern, T. (2000 a), *Before and after training, a case study of intervention*. Journal of Dementia Care. Jan/Feb 2000.

Lintern, T.(2000 b), *Training is not enough to change care practice*. Journal of Dementia Care. March/April 2000.

Lintern, T. (2009), *Improving Quality in Dementia Care. Relationships between care staff attitudes, behaviour and resident quality of life*. Tyskland. VDM Verlag Dr. Müller Aktiengesellschaft & co. Saarbrücken.

Lundstøl, J. (1993), *Donald Schön: Den reflekterte praktiker*. Notater fra John Lundstøl til E2- forelesning, våren 1993. Grimstad: Universitetet i Agder.

Lyngsnes, K., Rismark, M. (2007), *Didaktisk arbeid*. (2 utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Malmedal, W., Ingebrigtsen, O., Saveman, B.I. (2009), *Inadequate care in Norwegian nursing homes- as reported by nursing staff*. Scand J Caring Sci; 2009 doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00611.x.

NEL (2004), *Norsk elektronisk legehåndbok*, Arbeidsmedisinske veiledninger. <http://amv.legehandboka.no/>

Polit, D.F. & Beck, C. T. (2010), *Essential of Nursing Research. Appraising evidence for Nursing Practice*. (Seventh Edition). Philadelphia USA: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

Schibbye, A. L. L. (2002), *En dialektisk relasjonsforståelse*. (2 opplag 2004). Oslo: Universitetsforlaget.

Skogstad, A., Knardahl, S., Lindtsröm, K., Elo, A:L., Dallner, M., Gamberale, F., Hottinen, V. og Ørhede, E. (2001), *QPS nordic. Generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid*. STAMI- rapport nr. 2 Årgang 1. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Solheim, K. (2001), Å ha kontakt med hode, hender og hjerte. Selvdrevne og tverrfaglige studiegrupper i arbeidstiden. En opplæringsmodell til bruk i primærhelsetjenesten. Nasjonalt geriatriprogram 1994-99. Rapport nr. 1/01.

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Sund, A. (2003), *Selektiv helseovervåking med fokus på psykososialt arbeidsmiljø*. I: B. Moen, red., *Håndbok for bedriftshelsetjenesten* s. 312-323. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget

Testad, I., Aasland, A.M., Aasland, D. (2005), The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 587–590. DOI: 10.1002/gps.1329.

Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C., Aarsland, D. (2009), Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25 vol 8: 789-797.

Zahl-Begnum, O.H., og Begnum, S. (1996), *Arbeids og organisasjonspsykologi*. 2 utg. Bærum: NKS forlaget.

Aadland, E. (1997) *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.



Aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
Nasjonalt kompetansesenter for demens
Funksjonshemming og aldring
Utviklingshemning og aldring
Alderspsykiatri
Fagskolen Aldring og helse
Forlaget Aldring og helse
Tidsskriftet Demens & Alderspsykiatri

Til ledere og ansatte ved sykehjem som deltar i undersøkelsen

Tønsberg, 20. juli 2010

Informasjon om status i undersøkelsen;

"Kan kompetanseheving gi større jobbtilfredshet og redusert sykefravær blant ansatte i sykehjem?" (Prosjekt 14069)

Dere deltar i en undersøkelse knyttet til ansatte som har gjennomført Eldreomsorgens ABC. Arbeidet ble ledet av Vigdis Drivdal Berentsen, i regi av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, nå Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Vigdis Drivdal Berentsen døde høsten 2009.

Denne informasjonen gjelder endringer i gjennomføringen av undersøkelsen.

Prosjektansvaret for undersøkelsen er pr 1.2.2010 overført til Betty Sandvik Doble, ansatt ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Prosjektperioden er utvidet til 31.12.2011 og innsamlede data vil være under bearbeiding tilsvarende periode. Dette er godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) pr. 11. januar 2010.

Undersøkelsen skal kartlegge sammenhenger mellom jobbtrivsel, kompetanseheving og sykefravær. Fire sykehjem startet i 2006 et fireårig prosjekt der studieopplegget Eldreomsorgens ABC ble brukt som middel for kompetanseheving. To sykehjem startet med Eldreomsorgens ABC i januar/februar 2006 og gjennomgikk delene Grunnmur og Reisverk i løpet av to år. Etter disse to årene gjorde de to andre sykehjemmene tilsvarende. Ansatte har deltatt i fire runder med spørreskjemaer og skal etter prosjektbeskrivelsen i tillegg gjennomføre en femte runde. Dette planlegges gjennomført i løpet av høsten 2010.

Registrering av sykefravær i avdelingene er gjort ved ansatte som har loggført fravær. Det er gitt tilbakemeldinger på at dette er vanskelig å gjennomføre. Vi ønsker derfor å endre dette ved å søke om å få tilgang til sykefraværs statistikker fra de aktuelle kommunene.

Anonymiseringen av de innsamlede data vil bli strengt ivaretatt i fortsettelsen av prosjektet, og det skal derfor benyttes andre medarbeidere ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse til å utføre oppgaver knyttet til spørreskjemaene. Prosjektleder vil ikke ha tilgang til navnelisten som knytter svarskjema til enkeltpersoner. Det gjøres spesielt oppmerksom på dette fordi nåværende prosjektansvarlige tidligere har vært ansatt i en av de deltakende kommunene.

Med vennlig hilsen

Betty Sandvik Doble
Prosjektleder

Knut Engedal
Professor

Postadresse Vestfold:
Aldring og helse
Psykiatrien i Vestfold HF
Postboks 2136
3103 TØNSBERG

Seenadresse Vestfold:
Tjernerødveien 47
3101 SEM

Adresse Oslo:
Aldring og helse
Ullevål universitetsnyttelhus HF
Medisinske d'hløjon, Geriatrik avd.
0-407 OSLO

Sentralbord: 33 34 44 50
Telefon Oslo: 22 11 77 25
Faks Oslo: 22 02 02 02
Telefon Vestfold: 33 34 44 50
Faks Vestfold: 33 33 21 23

E-post: post@aldringoghelse.no

Hjemmeside: www.aldringoghelse.no



37218

Jobbtilfredshet i sykehjem - en intervensjonsstudie

Vigdís Drivdal Berentsen

Vedlegg 2

Dato for utfylling

ID nr

Antall år du har

arbeidet i sykehjemmet:

 0-1 år 1-5 år 5-10 år 10-15 år mer enn 15 år

Stillingsstørrelse:

 100% 75-100% 50-74% 25-49% mindre enn 25%

Yrke:

 Ufaglært Hjelpepleier Omsorgsarbeider Sykepleier
 Vernepleier Aktivitør Ergoterapeut Fysioterapeut
 Annet, spesifiser: _____

Videreutdanning:

 Ingen Psykiatri Geriatri Annet, spesifiser: _____

Deltar du, eller skal du delta i studiegrupper med eldreomsorgens ABC i inneværende år:

 Ja Nei

Hvordan vil du beskrive din generelle følelse av jobbtilfredshet? Grader fra 1-6, slik:

1 = Meget dårlig	4 = Rimelig bra
2 = Dårlig	5 = Bra
3 = Tvilsomt	6 = Meget bra

Sett kryss i den ruten som best beskriver din generelle jobbtilfredshet

 1 2 3 4 5 6

Psykososialt arbeidsmiljø og jobbtilfredshet Arne Sund	Tilfredshet					
	Meget dårlig			Meget bra		
Arbeidsmengde - vurdering av arbeidspress, tidspress, overtid	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Variasjon - at oppgavene er varierte og meningsfulle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Egenkontroll - innflytelse og medansvar på egne oppgaver	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Sosial støtte - fellesskapet og samarbeidet med kolleger	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Selvutfoldelse - mulighet for personlig og faglig utvikling	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsrolle - er klare og tilpasset ulikhet for personlig og faglig utvikling	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ledelse - forholdet til nærmeste overordnede - Veiledning, praktisk hjelp, samarbeide, medmenneskelig støtte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Informasjon og kommunikasjon - god, åpenhet, lett å bli hørt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Trygghet på jobben - at jobben din ikke står i umiddelbar fare	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Tilhørighet og trivsel- i arbeidsenheten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Veiledning på baksiden!

Veiledning for utfylling

Ikke kopier! Skriv tydelig!

Det må ikke tas kopi av skjemaet på grunn av at skjemaet skal leses elektronisk.

Ved utfylling av skjemaet tar du utgangspunkt i situasjonen siste året, eller kortere tid hvis du ikke har vært ansatt så lenge som ett år. For hvert problemområde ønsker vi at du besvarer: **Hvor tilfreds er du?** Vurderingen av tilfredshet for hvert av problemområdene uttrykkes med et tall fra 1 – 6 slik:

1 = Meget dårlig	4 = Rimelig bra
2 = Dårlig	5 = Bra
3 = Tvilsoomt	6 = Meget bra

Du besvarer spørsmålet ved å krysse av ditt vurderingstall i riktig boks på skalaen 1 – 6

Under følger utdyping av punktene på forsiden:

- Arbeidsmengde og tidspress** - Arbeidsmengde, tempo, mas, tidspress, tidsfrister, pålagt overtidsarbeid. Tilstrekkelige ressurser for å løse oppgavene? Arbeids glede?
- Varierte, meningsfulle, interessante oppgaver.** Interessante utfordringer, meningsfulle oppgaver. Ensidig og lite variert arbeid, stadige gjentakelser
- "Egenkontroll" – frihet og selvstendighet på egne arbeidsoppgaver.** Frihet og selvstendighet på egne arbeidsoppgaver uten detaljstyring og streng kontroll. Kan bruke mine kunnskaper, improvisere og benytte min kreativitet når situasjonen tilsier det.
- Kollegial støtte og fellesskap.** Bli satt pris på, føler seg trygg, ha et godt samarbeid.
- Selvtutfoldelse og egenutvikling.** Får brukt evner og kvalifikasjoner. Det er rom for personlig utvikling, kompetanseutvikling og etterutdanning. Motivasjonen for å "stå på".
- Krav til ansvar, kvalitet og arbeidsroller.** Ansvaret er rimelig i forhold til evner og kvalifikasjoner. Følelse av "ansvarsstress", bekymring for kvaliteten på arbeidet, uklare forventninger og uklare roller.
- Ledelse: Forholdet til nærmeste overordnet med personellansvar.** Er lederen i det daglige på en positiv måte opptatt av problemene i det praktiske arbeidet, samarbeidet, gode tilbakemeldinger og god medmenneskelig støtte? Gode medarbeidersamtaler? Følelse av å bli tatt vare på med naturlig omsorg?
- Informasjon og kommunikasjon.** Informasjonen er aktuell, tilstrekkelig og lett å forstå. Lederen er lett tilgjengelig og det er lett å bli hørt.
- Trygghet for jobben din – omstillingsproblemer.** Om ny teknologi og omstillinger setter din arbeidsplass i fare.
- Tilhørighet og trivsel i arbeidsenheten.** Man blir satt pris på, føler sterk tilknytning, er nærmest stolt av å arbeide i enheten.

Anonymitet

Dette skjemaet skal leveres anonymt. Det legges i vedlagte konvolutt og konvoluttet forsegles og leveres til ledelsen som sender ditt skjema til prosjektledelsen. Dataene vil bli analysert under ett, og avdelingen vil ikke få tilbakemelding om data på stillingsstørrelse eller faggruppenivå. Dette gjør det umulig å finne ut hva enkeltpersoner har svart.

Mange takk for hjelpen!

Vedlegg 3 - 1

Tabell 1. Intern konsistens MS10 ved T1 (Chronbach's alpha)

Reliability

[DataSet1] W:\Felles\Forskningsdata\Evaluering ABC\Intervensjonsstudie BETTY\SPSS\Kopier SPSS filer BSD\Masterendelig1_arbeidsfil.sav

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	248	85,5
	Excluded ^a	42	14,5
	Total	290	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,841	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tilfr1_T1	40,60	36,055	,442	,835
tilfr2_T1	40,51	33,385	,610	,820
tilfr3_T1	40,21	34,549	,582	,823
tilfr4_T1	39,65	37,177	,389	,839
tilfr5_T1	40,73	32,909	,574	,823
tilfr6_T1	40,49	33,927	,644	,818
tilfr7_T1	40,17	33,248	,617	,819
tilfr8_T1	40,47	32,695	,670	,813
tilfr9_T1	40,17	34,832	,345	,851
tilfr10_T1	39,79	35,284	,576	,824

Vedlegg 3 -2

Tabell 2. Faktormatrise for MS10 Extraction Principal Varimax rotert Kaiser's normalization

Factor Analysis

[DataSet1] W:\Felles\Forskningsdata\Evaluering ABC\Intervensjonsstudie BETTY\SPSS\Kopier SPSS filer BSD\Masterendelig1_arbeidsfil.sav

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,302	43,021	43,021	3,291	32,913	32,913
2	1,229	12,287	55,309	2,240	22,395	55,309
3	,883	8,829	64,138			
4	,793	7,929	72,066			
5	,652	6,519	78,585			
6	,567	5,672	84,258			
7	,508	5,079	89,337			
8	,376	3,762	93,099			
9	,356	3,559	96,659			
10	,334	3,341	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix^a

	Component	
	1	2
tilfr1_T1	,459	,287
tilfr2_T1	,760	,162
tilfr3_T1	,677	,234
tilfr4_T1	-,002	,858
tilfr5_T1	,826	,031
tilfr6_T1	,755	,207
tilfr7_T1	,506	,537
tilfr8_T1	,648	,426
tilfr9_T1	,226	,435
tilfr10_T1	,256	,798

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 3 iterations.

Vedlegg 3 -3

Tabell 3. Intern konsistens *Individfaktor* ved T1 (Chronbach's alpha)

Reliability

[DataSet1] W:\Felles\Forskningsdata\Evaluering ABC\Intervensjonsstudie BETTY\SPSS\Kopier SPSS filer BSD\Masterendelig1_arbeidsfil.sav

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,826	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tilfr1_T1	21,36	15,470	,411	,832
tilfr2_T1	21,27	13,346	,641	,787
tilfr3_T1	20,97	14,198	,602	,797
tilfr5_T1	21,49	12,664	,649	,786
tilfr6_T1	21,25	13,822	,663	,785
tilfr8_T1	21,23	13,528	,608	,795

Report

Individ_faktor_T1

Mean	N	Std. Deviation
4,2520	248	,73134

Report

	tilfr1_T1	tilfr2_T1	tilfr3_T1	tilfr5_T1	tilfr6_T1	tilfr8_T1
Mean	4,16	4,24	4,55	4,01	4,27	4,29
N	251	251	251	250	249	250
Std. Deviation	,916	1,034	,926	1,156	,932	1,036

Vedlegg 3 -4

Tabell 4. Intern konsistens *Systemfaktor* ved T1 (Chronbach's alpha)

Reliability

[DataSet1] W:\Felles\Forskningsdata\Evaluering ABC\Intervensjonsstudie BETTY\SPSS\Kopier SPSS filer BSD\Masterendelig1_arbeidsfil.sav

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,647	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tilfr4_T1	14,14	5,551	,459	,570
tilfr7_T1	14,65	4,894	,442	,568
tilfr9_T1	14,66	4,628	,311	,702
tilfr10_T1	14,27	5,058	,593	,488

Report

System_faktor_T1

Mean	N	Std. Deviation
4,8100	250	,70739

Report

	tilfr4_T1	tilfr7_T1	tilfr9_T1	tilfr10_T1
Mean	5,10	4,59	4,58	4,97
N	251	251	250	251
Std. Deviation	,824	1,040	1,287	,841

Vedlegg 3 -5

Tabell 5. Intern konsistens *Systemfaktor(r)* ved T1 (Chronbach's alpha)

Reliability

[DataSet1] W:\Felles\Forskningsdata\Evaluering ABC\Intervensjonsstudie BETTY\SPSS\Kopier SPSS filer BSD\Masterendelig1_arbeidsfil.sav

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,698	,710	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
tilfr4_T1	9,57	2,591	,508	,310	,619
tilfr7_T1	10,07	2,143	,457	,222	,707
tilfr10_T1	9,69	2,351	,604	,381	,502

Report

Systemfaktor_rev_T1

Mean	N	Std. Deviation
4,8871	251	,71623

Report

	tilfr4_T1	tilfr7_T1	tilfr10_T1
Mean	5,10	4,59	4,97
N	251	251	251
Std. Deviation	,824	1,040	,841

Vedlegg 3 -6

Tabell 6. Test- retest reliabilitet MS10 Intra-class correlation (ICC)

T-Test

[DataSet1] W:\Felles\Forskningsdata\Evaluering ABC\Intervensjonsstudie
BETTY\SPSS\Kopier SPSS filer BSD\Masterendelig_Reliabilitetstest.sav

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 T1sum_gjsn_skala	4,7115	26	,59888	,11745
T2sum_gjsn_skala	4,6231	26	,71010	,13926

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 T1sum_gjsn_skala & T2sum_gjsn_skala	26	,890	,000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 T1sum_gjsn_skala - T2sum_gjsn_skala	,08846	,32536	,06381	-,04296	,21988	1,386	25	,178

Reliability

[DataSet1] W:\Felles\Forskningsdata\Evaluering ABC\Intervensjonsstudie
BETTY\SPSS\Kopier SPSS filer BSD\Masterendelig_Reliabilitetstest.sav
Scale: ALL VARIABLES

Intraclass Correlation Coefficient

	Intraclass Correlation ^a	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,877 ^b	,746	,943	15,303	25	25	,000
Average Measures	,935 ^c	,854	,971	15,303	25	25	,000

Two-way mixed effects model where people effects are random and measures effects are fixed.