

# Rekruttering av varme hender og kloke hoder

---

Hvem er helsefagarbeiderlærlingene, og  
hvilke forventninger og ønsker har de til  
arbeidslivet?

En kvantitativ undersøkelse med spørreskjema av en gruppe helsefagarbeiderlærlinger i Vestfold fylke.

Masteroppgave i verdibasert ledelse kull h08. Emnekode: MGVBL-D-L41

Diakonhjemmet Høgskole, Avdeling for etter- og videreutdanning

Innlevering: 2. mai 2012

Antall ord: 19 111

Veileder: Høgskolelektor og Studieleder Leif M. Stapnes

Kandidat: Gullik Dokken

## Sammendrag

Temaet for denne oppgaven er lederens mulighet til å påvirke rekruttering av helsefagarbeidere til norsk eldreomsorg, gjennom konkrete tiltak ute i sine virksomheter. Studiens formål er å skaffe kunnskaper om helsefagarbeiderlærlingenes forventninger og ønsker til arbeidslivet og lederne sine muligheter for å møte disse.

Problemstillingen er: **Hvem er helsefagarbeiderlærlingene, og hvilke forventninger og ønsker har de til arbeidslivet?**

Studien tar utgangspunkt i teoretisk tilnærming til begreper som: rekruttering, motivasjon, yrkesvalg og ledelse. Oppgaven bygger videre på andres forskning og kartleggingsstudier. Da tema er nært knyttet til norske forhold har jeg valgt å bruke norske publikasjoner i hovedsak.

For innsamling av data har jeg gjennomført en kvantitativ undersøkelse med spørreskjema til 58 helsefagarbeiderlærlinger i Vestfold. Svarprosenten ble 53.5 prosent.

Undersøkelsen viser at 70 prosent av informantene ønsker seg redusert stilling etter endt fagbrev. Over 41.4 % av dem planlegger å ta sykepleierhøgskolen etter endt utdanning. 90.2 % er stolte av å være helsefagarbeiderlærlinger. Tre av fire respondenter ønsker å påvirke turnusen sin, og 100 prosent av dem er kvinner.

Resultatene er diskutert og mulige tiltak basert på undersøkelsen er presentert. Jeg foreslår konkret fire tiltak hvor lederen kan virke på faktorene på arbeidsplassen som påvirker rekruttering av unge helsefagarbeidere.

- 1: Ønsketurnus
- 2: Kartlegging av ønsket stillingsprosent som del av medarbeidersamtalen.
- 3: Større ansvar for lærlingene desentraliseres til lederne i virksomhetene.
- 4: Større bevissthet på tilrettelegging av arbeidsmiljø lokalt for menn på jobb i eldreomsorgen.

Forslag til videre forskning kom som sidespor underveis og et knippe presenteres mot slutten av oppgaven.

## Forord

Denne oppgaven markerer for meg avslutningen på mitt studium i Verdibasert ledelse ved Diakonhjemmet Høgskole. For meg har dette studiet handlet om refleksjon og modning. Verdibasert ledelse har vært en kompleks studie med få sannheter, mange muligheter og et ønske om å bidra positivt i arbeidslivet. Denne oppgaven har et praktisk fokus på lederens møte med de unge i fagfeltet vårt. Gjennom en kvantitativ undersøkelse av unge helsefagarbeiderlæringer sine forventninger til arbeidslivet, har jeg blitt engasjert og inspirert av forskningsverden og dens innhold. Det har vært lærerikt, spennende og krevende å gjøre denne masteroppgaven.

Jeg ønsker å rette en takk til Opplæringskontoret i Vestfold ved Nina Jahren som la til rette for at jeg kunne samle inn mine data. Samtidig vil jeg takke for raushet i møte med mine behov som mastergradsstudent. Jeg vil også takke arbeidsgiveren min Tønsberg kommune ved virksomhetsleder Sigrid Sanne for at de har gitt meg mulighet og midler til å gjennomføre et så stort studie. Takk for at du ser meg Sigrid, og at du har tro på meg.

En stor takk går også til veilederen min, Leif Stapnes som underveis i hele prosessen har latt det skinne klart gjennom at han ønsker meg alt godt. Hans tro på meg, og gode faglige innspill, har fått meg fram til innlevering. Stor takk går også til biveileder Beate Jelstad Løvaas, for hennes konstruktive veiledning på metode og resultat kapittel.

Veiledningsgruppa som har vært ledet av Beate Jelstad Løvaas og Harald Askeland har vært til uvurderlig hjelp og støtte. Å få delta i en gruppe med så mye ledererfaring og fagkunnskap har vært en stor opplevelse og jeg håper vi lever videre i hverandres fagnettverk også etter at våre veier skilles denne våren.

Ellers vil jeg takke familie, venner og medarbeidere som tålmodig har hørt om studentens reise gjennom fire år med Verdibasert ledelse. Spesielt takk til de som nok har mottatt litt lite ledelse fra undertegnede i perioder med mye skolefokus.

Tønsberg, 28. april 2012

Gullik Dokken

<b>Innholdsfortegnelse</b>	<b>Side</b>
Sammendrag	
Forord	
<b>1 Innledning med problemstilling og avgrensning</b>	<b>6</b>
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	7
1.2 Oppsummering innledning	7
<b>2 Teori og litteraturgjennomgang</b>	<b>8</b>
2.1 HR ledelse	8
2.2 Faganseelse	11
2.3 Kjønn og lønn	11
2.4 Motivasjon	12
2.5 Lederens handlingsrom	12
2.6 Adizes	13
2.7 Verdibasert ledelse	14
2.8 Oppsummering teori	16
<b>3 Forskningsstatus</b>	<b>17</b>
3.1 Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030	17
3.2 Kjønnsdeling i skolen ved rapporten, ”En, to... tre? Den vanskelige overgangen”	17
3.3 Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner	18
3.4 Profesjonskamp i oppgaven ”Kampen om skittarbeidet”	19
3.5 OECD-rapporten ”Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”	19
3.6 Stort omfang av deltidsarbeid	20
3.7 Rekruttering til eldreomsorg	20
3.8 Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen	21
3.9 Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd Samspill i praksis	22
3.10 Oppsummering av status forsknings	23
<b>4 Metode</b>	<b>24</b>
4.1 Spørreskjema som datainnsamlingsverktøy	24
4.2 Konkretisering og operasjonalisering	24
4.3 Utvelgelse av informanter.	25
4.4 Styrker og svakheter ved metodevalg	26
4.5 Forskningsetikk	27
4.6 Funn	28
4.7 Hvordan arbeidsprosessen har påvirket metoden	29
4.8 Oppsummering av metode	29

<b>5 Resultater</b>	<b>30</b>
5.1 Hvem er helsefagarbeiderlærlingene som har besvart undersøkelsen?	30
5.2 Hvilke forventninger og ønsker har unge helsefagarbeiderlærlinger til arbeidslivet?	35
5.3 Oppsummering av resultater	39
<b>6 Diskusjon av resultatene</b>	<b>40</b>
<b>6.1 Forskningsspørsmål 1: Hvem er helsefagarbeiderlærlingene som har besvart undersøkelsen?</b>	<b>40</b>
6.1.1 Alder	40
6.1.2 Kjønn	40
6.1.3 Lyst til å jobbe på sykehjem	41
6.1.4 Utdanningsplaner	42
6.1.5 Opplevelse av faganseelse	44
6.1.6 Om ti år	45
<b>6.2 Forskningsspørsmål 2: Hvilke forventninger og ønsker har unge helsefagarbeiderlærlinger til arbeidslivet?</b>	<b>46</b>
6.2.1 Stillingsstørrelse	46
6.2.2 Påvirkning av turnus	47
6.2.3 Nærhet til leder og mulighet til å påvirke jobbhverdagen sin	48
6.2.4 Lydhør og etisk leder	49
6.2.5 Kjenne leder	50
6.2.6 Kjenne arbeidssted	51
6.2.7 Trygghet i full stilling og jobber som helsefagarbeider om 10 år	51
6.3 Forslag til tiltak	52
6.4 Begrensninger i oppgaven	55
6.5 Fremtidig forskning	55
6.6 Teoretisk betydning	56
6.7 Oppsummering av diskusjon	56
<b>7 Konklusjon</b>	<b>59</b>
Litteraturliste	60
Vedlegg	63

## 1 Innledning med problemstilling og avgrensning

Mitt forskningsprosjekt er å få større kunnskaper om hvilke faktorer på arbeidsplassen som påvirker rekruttering av unge helsefagarbeidere på arbeidsplassen, og hvordan deres forventninger til arbeidslivet igjen kan påvirke oss som ledere. Hvem er de som i dag velger en utdanning som kvalifiserer til arbeid med helsetjenester til eldre? Ved å få større kunnskaper om hva som har motivert dem til å ta sine valg, og data om hvem de er, kan vi med større presisjon sette inn tiltak for å øke rekruttering på sikt.

Jeg velger bevisst en praktisk tilnærming til problemstillingen. Ved å spørre en gruppe unge helsefagarbeidere ønsker jeg å få fram hvem de er og hvilke forventninger og ønsker de har til arbeidslivet. Svarene de gir meg noen indikasjoner på hvordan jeg som leder skal møte dem på en god måte.

Jeg vil også skissere forslag til tiltak som lederen kan bruke for å fremme rekruttering av unge helsefagarbeidere med bakgrunn i min undersøkelse.

Bakgrunnen for et økt fokus på rekruttering av helsefagarbeidere i hele helsevesenet, bygger på tallmateriale som viser at det i stor grad vil være mangel på kvalifisert arbeidskraft fra denne gruppen i årene framover.

”Beregninger i Helsemod viser at det vil oppstå stor mangel på helsefagarbeidere i årene framover. På grunn av stor aldersrelatert avgang vil det oppstå ubalanse allerede tidlig i framskrivningsperioden. Underdekningen er beregnet til å øke sterkt etter 2020 til om lag 41000 årsverk i 2030 etter BNP-alternativet for etterspørsel. Det er også mulig at underdekningen blir enda større ettersom tilbudsforutsetningene i Helsemod med hensyn til tilgang fra utdanning er usikre”. (Utdanne nok og utnytte godt. Helsedirektoratet 03/2009:62)

Helsemod-data er beregninger der eksisterende data om beholdningen av personell, herunder data om hvor mange som arbeider innenfor helse – og omsorgstjenestene, hvor mange som er under utdanning og data om forventet yrkesdeltakelse og avgang. Student og elevtall inngår også. (Tilgang og behov for helse- og omsorgspersonell, Helsedirektoratet.no)

## **1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Jeg ønsker med mitt forskningsprosjekt å bidra til å forstå hvordan vi kan rekruttere nok kvalifiserte helsefagarbeidere til arbeid på sykehjem. Jeg har valgt ut helsefagarbeiderne som yrkesgruppe fordi det er de som tar over etter hjelpepleier og omsorgsarbeider rollen. Helsefagarbeiderne har et utdanningsløp på fire år. To år på videregående skole og to år som lærling. De følger utdanningsmodellen som andre fagarbeidere følger, og avslutter utdanningen med å ta en fagprøve. Med fagbrev som helsearbeider er du kvalifisert til å yte helsetjenester innenfor de rammene utdanningen gir. Ved å forstå hvorfor de velger å ta denne utdanningen. Hvem de er, og kanskje hvem de ikke er, kan vi fremme rekrutteringen til dette faget som gjøre den viktige jobben med helsetjenester til eldre.

**Problemstilling: Hvem er helsefagarbeiderlærlingene, og hvilke forventninger og ønsker har de til arbeidslivet?**

Denne problemstilling er todelt, jeg har derfor valgt å dele den inn i to forskningsspørsmål.

### **Forskningsspørsmål:**

1. Hvem er helsefagarbeiderlærlingene som har besvart undersøkelsen?
2. Hvilke forventninger og ønsker har unge helsefagarbeiderlærlinger til arbeidslivet?

Forskningsspørsmålene er ment som klargjørende underspørsmål til problemstillingen. Jeg bruker de videre i hele oppgaven for å holde fokus på problemstillingen min å forsøke å besvare den.

## **1.2 Oppsummering innledning**

Mitt motiv for å skrive denne oppgaven er å nærme meg en forståelse av lederens mulighet til å påvirke rekruttering av helsefagarbeidere til norsk eldreomsorg, gjennom konkrete tiltak ute i sine virksomheter. Studiens formål er å skaffe kunnskaper om helsefagarbeiderlærlingenes forventninger til arbeidslivet og lederne sine muligheter for å møte disse.

## **2 Teori og litteraturgjennomgang**

I denne delen av oppgaven vil jeg skissere aktuell teori som danner en ramme for analysen i masteroppgaven, og forskning som omhandler problemstillingen min som andre har gjort. Jeg vil at mitt forskningsprosjekt skal bygge videre på den kunnskapen andre har kommet fram til i tidligere undersøkelser. Kanskje også jeg kan forske fram en liten brikke i det store puslespillet.

De teoretiske perspektivene jeg velger å presentere er de jeg finner sentrale for å belyse problemstillingen min. Jeg har forsøkt å velge ut viktige måter å forstå virkeligheten på som andre før har presentert. Teoriene jeg presenterer i denne delen av oppgaven kommer opp igjen i diskusjon av resultatene i kapittel 6.

### **2.1 HR ledelse**

Ledelse som kontroll tones ned i human relations – tenkningen. Lederen skal ikke primært styre eller overvåke men legge til rette og utvikle positiv motivasjon. Human relations – bevegelsen tar menneskelige følelser og sosial dynamikk med i sin organisasjonsforståelse. (Strand 2007)

Denne tenkningen vokste fram sammen med kunnskaper om hvordan samspill mellom mennesker fungerer, og hvordan vi påvirkes av relasjonene til de vi har rundt oss på jobb. Bevissthet på betydningen av godt samarbeid mellom menneske og organisasjon førte til fokus på ledelse av menneskelige ressurser.

Vi kan si at HR-tenkningen kom som en reaksjon på Scientific Management, en retning som bygger på oppfatningen om at det var ledelsens ansvar å tilordne arbeidskraft til forhåndsdefinerte og standardiserte oppgaver. (Trygstad og Hagen 2007)

Ved strategisk personalledelse har personalarbeidet en klar tilknytning til organisasjonens overordnede strategi ved at spørsmål knyttet til personalledelse og kompetanseutvikling, er sidestilt med spørsmål som gjelder finansiering, markedsføring, økonomisk styring og produksjonsrelaterte forhold. På en annen måte kan man si at hensynet til anskaffelse og



utnyttelse av kompetanse har en selvstendig plass i prosessen der strategien utvikles.  
(Nordhaug 2002)

En del av den strategiske personalledelsen knytter seg til rekruttering av arbeidskraft til virksomheten.

Videre vil jeg gå inn på begrepet rekruttering. For det er ikke bare det enkelte sykehjem eller den hjemmesykepleiesone sin rekruttering og kamp mot hverandre som er mitt fokus i denne oppgaven. Det er også hvordan helsefagarbeiderne ser på egen framtid og arbeidsliv som kan gi oss kunnskaper om hvordan vi som ledere i sykehjem kan rekruttere mennesker til utføre alle omsorgsoppgavene som en stadig aldrende befolkning vil kreve.

Rekruttering er både organisasjonens utvelgelse av nye medarbeidere og viktigheten av å få best mulig søkere til å velge å søke seg til organisasjonen. (Grimsø 2004.) Denne tosidigheten ønsker jeg å belyse i denne oppgaven med resultatene fra undersøkelsen og analysen av den.

”God tilgang på menneskelige ressurser er avhengig av bedriftens personalpolitikk i bred forstand. Evnen til å tilby attraktive økonomiske betingelser er åpenbart ett viktig element, men det viser seg ofte at andre goder kan erstatte det å være lønnsledende. Et vesentlig punkt er å tilby medarbeiderne faglig utvikling” (Nordhaug 2002:59)

Det vil være spennende å forsøke å få fram i undersøkelsen hvordan helsefagarbeiderlærlingene ser på muligheter for faglig utvikling i jobben de utdanner seg til. Har de tenkt å videreutdanne seg som helsefagarbeidere, eller har de konkrete planer om videre utdanning på høghskolenivå.

Tradisjonelt har jo de to store yrkesgruppene i eldreomsorgen vært sykepleiere og hjelpepleiere. Bare navnene sier jo mye om maktforholdet mellom de to yrkesgruppene. Nå er yrkestittelen hjelpepleier byttet ut med helsefagarbeider. Ved å kopiere utdanningsløp og fagarbeiderstatus fra mannsdominerte håndverksfag kan man håpe og gjøre de to faggruppene mer jevnbyrdige. Om nyutdannede helsefagarbeidere vil bli like frustrerte som de eldre hjelpepleierne blir når de stanger hode i glasstaket og oppdager at ingen lederstillinger er tiltenkt dem gjenstår å se.

Glasstaket er et begrep som i vide kretser er internalisert i språket som det usynlige taket kvinner før eller siden stanger i hvis de klatrer på karrierestigen. Begrepet glasstaket kjenner vi fra boka Kvinner og ledelse som forfatterne Irmelin Drake og Anne Grethe Solberg kom med i 1995.

Dersom begge kjønn kan være med på å prege organisasjons norm- og verdisystem, beslutningsprosesser og produktutvikling, sikres kvalitet, produktivitet og mangfold i den daglige driften. (Drake og Solberg 1995)

Hvordan individets yrkesvalg påvirkes er også viktig for å forstå rekruttering. For å påvirke prosessen som ligger bak hva vi velger å utdanne oss til og senere jobbe med, er det sentralt at vi forstår denne prosessen.

”Våre yrkesvalg er som regel en kumulativ beslutningsprosess, knyttet til vår emosjonelle og intellektuelle utvikling. Det kan beskrives som en tre-trinns prosess: barnets fantasivalg, fulgt av tenåringens prøvevalg, og den unge voksnes realistiske valg, tilpasset den virkelige livssituasjonen, hvor verdier, evner og muligheter blir tatt i betraktning. Derved er egentlig hele vår oppvekst en utvikling mot yrkesaktivitet.” (Grimsø 2004:31)

Det er flere forhold som påvirker det individuelle yrkesvalg. Sosialiseringprosessen i familien der vi utvikler psykologiske og materielle behov som i stor grad påvirker våre senere valg. Ved å observere de voksenpersonene som betyr noe for oss lærer vi hvordan vi skal oppføre oss. Det er stort samsvar mellom sosial bakgrunn og valg av høyere utdanning. Vi finner fortsatt viktige kjønnsforskjeller i forbindelse med yrkesvalg. Samfunnet påvirker også i stor grad våre yrkesvalg i tillegg til familien. Lovverket påvirker yrkesvalget. Eksempler på lover som i stor grad kan gjøre det er: Lov om likestilling mellom kjønnene fra 1979, og Lov om tiltak til å fremme sysselsetting fra 1947. Utdanningssystemet skaffer arbeidskraft til de forskjellige stillingene og staten kan påvirke denne prosessen ved å sette inn tiltak for å påvirke denne rekrutteringsbalansen. Også skolen påvirker ved veiledning på yrkesvalg. (Grimsø 2004)

## **2.2 Faganseelse**

Yrkesorganisasjonene ivaretar de ulike yrkers og profesjoners særinteresser ved kontinuerlig å øke yrkets status ved å heve kravet til utdanning og sette betingelser for å muligheten til å kvalifisere seg til yrket. På den måten ønsker de å øke yrkets status. (Grimsø 2004)

Grimsø peker videre på samspillet mellom stat, utdanningssystemer og yrkesorganisasjonene har konsekvenser for rekrutteringen til de ulike yrkene. Hun hevder at økt oppvurdering av intellektuelle kunnskaper i kombinasjon med manglende kapasitet ved utdanningsinstitusjonene kan presse opp kravet for å komme inn ved utdannelsen. Derved utelukkes en del interesserte, interessante og habile søkere fra utdanningen til fordel for de med høyere kvalifikasjoner. På den måten begrenses rekrutteringen til yrket. (Grimsø 2004)

Jeg vil i datainnsamlingen til denne undersøkelsen forsøke å stille spørsmål som kan få tak i hvordan helsefagarbeiderlærlingene ser på anseelsen til egen yrkesgruppe.

## **2.3 Kjønn og lønn**

Regjeringen Stoltenberg II oppnevnte ved kongelig resolusjon av 16. juni 2006 en kommisjon for å gi en samlet beskrivelse av lønnsforskjellene mellom kvinner og menn. NOU 2008:6 som står igjen som kommisjonens rapport fikk navnet Kjønn og lønn. Denne utredningen er viktig for denne oppgaven slik jeg ser det. For å forstå rekrutteringen til et yrke der kvinneandelen er så dominerende får kunnskaper om det kjønnsdelte arbeidsmarkedet en viktig plass.

”I følge internasjonale sammenlignbare studier har Norge et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkeder i den industrielle verden.” NOU (2008:6)

Tradisjonelt er jobbene i pleieryrkene i stor grad besatt av kvinner. Det betyr at nesten halve befolkningen ikke reelt vurderer å jobbe som for eksempel helsefagarbeider. Jeg spør respondentene i undersøkelsen om kjønn for å kartlegge om det er overrepresentasjon av kvinner også blant de som er unge og går inn i yrket nå. Jeg velger å ikke spørre om ønsker og forventninger i forhold til lønn. Fokuset i denne oppgaven er på de forholdene lederen kan påvirke og ledere ute i virksomhetene har liten påvirkningskraft på avlønning av fagarbeiderne.

Vi kan si at arbeidskraften er Norges viktigste økonomiske ressurs. I Norge er en stor del av den voksne befolkningen i arbeid utenfor hjemmet sammenlignet med andre land. Norske kvinner deltar i arbeidslivet nesten like mye som menn, men de arbeider ikke i de samme sektorene eller yrkene som menn. Vi kan beskrive dette kjønnskilte i arbeidslivet som en horisontal og vertikal segregering. Med horisontal segregering av arbeidsmarkedet menes at kvinner og menn er plassert i ulike yrker. Vertikal segregering betyr at menn og kvinner også segregeres innenfor samme yrke ved at de inntar forskjellige posisjoner i stillingshierarkiet. Også i forhold til arbeidstid er arbeidslivet kjønnsdelt. Kvinner jobber deltid i langt større grad enn menn. NOU (2008:6)

## **2.4 Motivasjon**

Jeg ønsker i min undersøkelse som en del av materiale å kartlegge hvilke faktorer som motiverer helsefagarbeiderlærlingene til å velge den utdannelsen de er i. For å gjøre det, legger jeg til grunn en teoretisk forståelse av motivasjon som bygger på følgende.

”Motivasjon kan defineres som biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet i forhold til måloppnåelse.”  
(Kaufmann og Kaufmann 2003:43)

Det er vanlig å skille mellom ytre motivasjon som skapes når det blir lovet en belønning, og indre motivasjon som er mer preget av et engasjement til oppgaven i seg selv. (Marthinsen 2004)

Faktorer som påvirker motivasjon kan variere fra person til person og fra en situasjon til en annen. Motivasjonsfaktorer som kan ha interesse her kan være: Autonomi, bruke evner, nå sine mål, anerkjennelse, jobbsikkerhet, organisasjonens verdigrunnlag, humor, jobben gir mulighet for et liv med fritid.

## **2.5 Lederens handlingsrom**

Ledelse kan forstås som handling i et samspill mellom politikkenes regulering altså lovverket, delegert makt fra eieren ved organisasjonen og de ansatte. Lederen er på samme måte som ansatte, eiere og politikere, deltakere i den norske arbeidslivsmodellen. Relasjonene mellom aktørene kan beskrives som todelte. Lederen opptrer i et handlingsrom som styres av

politikkens regulering, altså lovverket og samtidig inn i trepartsamarbeidet gjennom arbeidsgiverorganisasjonen. Styringsretten er mandatet lederen har fra eieren, her må lederen samarbeide med eier i forhold til prioriteringer og strategivurderinger. Ledelse blir da håndtering av relasjoner, og legitimering av makt. Relasjonene mellom leder og politikk og leder og ansatt, kan sees i en individuell eller representativ sammenheng. Som individ må lederen styre virksomheten ut fra lovverket. Han eller hun må også forholde seg individuelt til arbeidstakere. Lederen er likevel en del av et representativt system i forhold til myndighetene gjennom arbeidsgiverorganisasjonen, og til ansatte gjennom deres organisasjoner. (Trygstad og Hagen 2007)

I min oppgave blir tanken om lederens handlingsrom et bakteppe for å forstå hvorfor jeg ønsker å få fram kunnskaper om de unge helsefagarbeiderne. Ved å bruke disse kunnskapene innenfor det handlingsrommet en lederstilling gir kan man jobbe målrettet med rekruttering. Det er lett å tenke at vi som ledere er helt låst fast av alle føringer, regler og økonomi vi må forholde oss til. Likevel er det rom for å gjøre egne valg. Det rommet er lederens handlingsrom og vi må selv ta ansvar for å benytte det på en konstruktiv måte.

## **2.6 Adizes roller**

Min stemme i denne oppgaven er lederens. Jeg velger å ta med Adizes sin teori om hvilke funksjoner lederen har i organisasjonen gjennom de rollene han eller hun har. Jeg velger å bruke Adizes slik han presenteres i Torodd Strand sin bok Ledelse, organisasjon og kultur. Der presenteres rollebenevnelsene produsent, administrator, integrator og entreprenør i en videreutviklet form av Quinn og Kameron.

En rolle kan vi sosiologien definere som: Summen av de forventninger som knytter seg til en oppgave eller stilling. Adizes mener at lederen har fire hovedroller:

- 1: Produsent (P). Denne rollen innebærer å skape resultater og nå mål. Den krever fagkunnskap, tydelighet og handlekraft.
- 2: Administrator (A). Her fylles rollen med begreper som planlegging, organisering og koordinering.
- 3: Entreprenør (E). Entreprenøren er kreativ og lager nye løsninger på nye problemer. Han tar risiko og viser handlekraft. Nye prosjekter settes i gang.

4: Integrator (I). Rollen som integrator omhandler å få enkeltindivider og grupper til å fungere sammen. Danne gode og velfungerende team og løse konflikter.

Det å være en god leder er i følge denne teorien å beherske alle disse rollene, selv om det er umulig å fylle dem helt ut. For å fungere som leder må du ikke mangle eller overse en av disse rollene helt. Der lederen har svakheter kan ferdigheter trenes opp eller utfylles av andre i et team rundt lederen. En viktig del av ledelsesarbeide er å gjøre rimelige og legitime valg under motstridende krav og avveie motstridende hensyn. Avveining av frihet mot orden, systematikk mot oppfinnsomhet og regelkontroll mot individuell tilpassing. Innenfor disse rollene kan topplederen fordele oppgaver til mellomledere i ledergruppa ut fra utfyllende kvalifikasjoner. (Strand 2007 del 5)

## 2.8 Verdibasert ledelse

Verdibasert ledelse er en teori for hvordan vi skal forstå ledelse og hvilke drivkrefter lederen har. Einar Aadland har lagt fram to definisjoner som sammen og hver for seg kan danne et godt bilde av hovedtankene i verdibasert ledelse i Norge i dag.

**Definisjon I:** ”Verdibasert leiing er å motivere og mobilisere organisatoriske handlingar og avgjerder på basis av ønskete verdier, og å avdekkje og avgrense innslaget av handlingar og avgjerder som uttrykkjer førmedvitne eller ikkje-ønskete verdier” (Aadland 2004:157)

**Definisjon II:** ”Verdibasert ledelse er å utvikle ny organisatorisk praksis basert på økt moralsk sensitivitet ved anvendelse av bevisstgjørende og meningsskapende refleksjonsprosesser over egen praksis” (Aadland forelesning 2009)

Helt sentralt i verdibasert ledelse er forståelsen av begrepet verdi. Ordet verdi har vi i nyere tid hentet fra økonomien, men i denne sammenhengen har begrepet fått en sterkt utvidet betydning som et etisk begrep. I dagligtalen kan vi si at verdier har erstattet begrepet ”det gode.” (Aadland 1991)

En mer nøyaktig definisjon blir: ”Verdier er stabile mål, ideal og prioriteringar som kjem til uttrykk gjennom reflekterte verbale fråsegner og / eller gjennom handlingsmønsteret.” (Aadland 1991 side:47)

Samfunnet vårt bygger på verdier som er grunnleggende for hvordan vi forholder oss til hverandre. Som medmennesker har vi universelle verdier som er nedfelt i menneskerettighetene. Som helsearbeidere er vi bundet av vår profesjons yrkesetiske retningslinjer, som igjen bygger på verdier.

”I St.meld. nr. 26 (1999- 2000) om verdier i helsetjenesten slås det fast at menneskeverdet som ukrenkelig egenskap er den grunnleggende verdien for tjenestene. Andre kjerneverdier er kvalitet, trygghet, rettferdighet og respekt for pasienters og brukeres autonomi og integritet. I regjeringens omsorgsmelding, Mestring, muligheter og mening (St.meld. nr. 25 2005-2006), legges det særlig vekt på brukermedvirkning som forutsetning for god omsorg” (Eide og Aadland 2008:17)

Det er vanlig å dele i åpne og skjulte verdier. De åpne verdiene er de vi kjenner til og som vi er klar over virker inn på hvordan vi oppfører oss. Men det er ikke alle verdier vi er like bevisste på hvordan påvirker oss. I definisjon I av verdibasert ledelse bruker Aadland uttrykket førmedvitne verdier som begrep for de skjulte verdiene.

”Desse verdiane utgjør skuggesida av verdipyramiden; prinsipp haldningar og motiv som vi knapt kjenner til hjå oss sjølve” (Aadland 1991:58)

Verdibasert ledelse innebærer altså også å hemme disse skjulte verdiene ved å gjøre oss bevisste på dem, slik at vi kan forholde oss til dem, og redusere følgene de har.

”Verdibasert leiing skil seg frå andre prinsipp for leiing ved at ein tek verdier i bruk som kjernefokus; som ”opptikk” for å utvikle leiarprofil og styringsreiskap.” (Aadland 2004:148)

Det er spennende å trekke inn dimensjonen verdibasert ledelse i forhold til problemstillingen. Mange kommuner har kjerneverdier som åpenhet, medvirkning, likeverd og solidaritet. Hva kan vi finne igjen av verditenkningen i rekruttering av ansatte? Hvordan kan dette perspektivet skinne gjennom i møte med de unge helsefagarbeiderne?

## **2.9 Oppsummering teori**

Oppgaven og undersøkelsen min tar utgangspunkt i teoretisk tilnærming til rekruttering, basert blant annet på Rigmor Grimsø sine teorier om rekruttering og faganseelse. Videre brukes NOU 2008:6, med navnet Kjønn og lønn. Teori om motivasjon og yrkesvalg har også sin naturlige plass sammen med teori knyttet til begrepet "Lederens Handlingsrom". Runar Bakken sin fagbok "Englevakt rekruttering til en eldreomsorg i krise" der han presenterer konkrete rekrutteringsforslag er med. Jeg forsøker også på å bruke elementer fra verdibasert ledelse slik den presenteres av Einar Aadland. Også Adizes slik han presenteres i videreutviklet form av blant andre Quinn og Kameron i boka til Torodd Stand, under kapittelet om hvordan ledere kan virke i organisasjoner, er teoretisk bakteppe.



### **3 Forskningsstatus**

I denne delen av oppgaven vil jeg legge fram den forskningen andre har gjort og som jeg finner relevant for oppgavens problemstilling. Forskningen jeg presenterer er sammen med min egen undersøkelse og teori byggesteinene i oppgaven. Temaet for oppgaven knytter seg nært opp mot norske forhold, så jeg har i hovedsak valgt å fokusere på norske undersøkelser.

#### **3.1 Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030**

Store undersøkelser med mange tusen respondenter har vært gjort med samme faggruppe som jeg har valgt for denne oppgaven. Ved å beregne mange faktorer opp mot hverandre som befolknings sammensetning, sykdomsbilde og behovet for omsorgstjenester har de forsøkt seg på å estimere behovet for helsefagarbeider fremover i tid.

Inger Texmon og Nils Martin Stølen har altså for Statistisk sentralbyrå, skrevet rapporten, Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008. De tar for seg 20 grupper av helse- og sosialpersonell og ser på hvordan tilbud og etterspørsel etter disse yrkene vil utvikle seg. Av de over 114 600 personene som under 75 år som er registrert med utdanninger som i dag ville falle inn under helsefagarbeider samlebetegnelsen var nesten 95 % kvinner. Antallet årsverk for hele gruppen var nær 69 000, altså var yrkesaktiviteten for gruppen som helhet relativt lav. De beregner seg videre fram til at underdekningen av helsefagarbeidere kan komme opp 41 500 årsverk, men at mange faktorer påvirker deres beregninger. (Statistisk sentralbyrå Rapport 2009/9)

Forskerne på Statistisk sentralbyrå jobber med de store tallene. Undersøkelsen min har en liten gruppe helsefagarbeidere som respondenter. Den store undersøkelsen viser de store linjene for en hel faggruppe. Forskningen i min undersøkelse bygger på og er avhengig av kunnskapene som andre har jobbet fram før.

#### **3.2 Kjønnssdeling i skolen ved rapporten, "En, to... tre? Den vanskelige overgangen"**

For å forstå rekruttering til et fagfelt og hvordan lærlinger gjør sine valg trenger vi kunnskaper om skolen som har gitt utdanning i forkant. Utdanningssystemet vårt er under konstant utvikling og fagplaner for videregående utdanning blir utviklet for å møte samfunnets behov for arbeidskraft.

Ved NIFU STEP, Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning, har de gitt ut rapporten, En, to...tre? Den vanskelige overgangen. Som er en evaluering av kunnskapsløftet i videregående opplæring. De viser til fortsatt sterk kjønnsdeling i søkningen til videregående skole. Frafallet i helse- og sosialfagene har økt fra 15,5 til 18,8 etter kunnskapsløftet. (Rapport 21/2010. NIFU STEP)

Kunnskapsløftet var den nye reformen i grunnskolen og videregående opplæring. Reformen fører til en rekke endringer i skolens innhold, struktur og organisering fra første trinn i grunnskolen til siste trinn i videregående opplæring. Reformen startet i august 2006 og omfatter fra høsten 2007 elevene på 1. – 10. trinn i grunnskolen og på første og andre trinn i videregående opplæring. (Regjeringen.no)

Helsefagarbeider var en ny utdanning på videregående nivå, som kom som en del av reformen Kunnskapsløftet. Utdanningen til helsefagarbeider var blitt et lærefag fra 2006, med to år på skole og to år som lærling. Hjelpepleierutdanningen og omsorgsarbeiderutdanningen i den formen og omfang de hadde, blir borte i samme reform. (Fagforbundet.no)

### **3.3 Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner**

En annen stor undersøkelse som det ofte refereres til og som omhandler mange av de samme innfallsvinklene som jeg fokuserer på i denne oppgaven er Ose sin store og omfattende undersøkelse på hjelpepleiere, en av faggruppene som i dag er blitt en del av helsefagarbeiderfaget.

Solveig Osborg Ose var i 2009 prosjektleder for et større forskningsprosjekt for SINTEF. De ga ut artikkelen ”Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner”. Artikkelen bygger på en omfattende spørreundersøkelse av nærmere 10 000 hjelpepleiere i norske kommuner. I denne undersøkelsen forskes det blant annet på arbeidstidsordninger og tilsetningsforhold som faktorer som påvirker trivsel og mestring. Undersøkelsen gir også klart uttrykk for at de som opplever å ha en god leder har større grad av mestringsfølelse i jobben. (Ose 2009)

Tall og data fra undersøkelsen til Ose blir sentrale i analysedelen av mine resultater. Hennes store materiale gjør at resultatene kan brukes som statistiske ankerpunkter til å feste resonnementer i.

### **3.4 Profesjonskamp i oppgaven ”Kampen om skittarbeidet”**

Helsevesenet består av mange faggrupper og profesjoner som jobber sammen med å utfylle hverandres fagkunnskaper tverrfaglig. Det optimale er at de forskjellige faggruppene bygger på hverandres kunnskaper til beste for brukerne og pasientene.

Marianne Høgvold-Iversen har skrevet sin masteroppgave ”Kampen om skittarbeidet” ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo. Hun går rett inn i profesjonskampen mellom de to store yrkesgruppene i helsevesenet sykepleiere og helsefagarbeidere. (Høgvold-Iversen 2008)

Hun ser på utfordringene i tverrfaglig samarbeid når fag basert på teoretisk tilnærming skal samarbeide med faggrupper som kommer fra en mer praktisk tradisjon.

### **3.5 OECD-rapporten ”Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care”**

I følge den helt ferske OECD-rapporten ”Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care” er det bare Sverige og Østerrike som har en bedre eldreomsorg enn Norge. (OECD ISBN: 9789264097759) Norsk eldreomsorg er bedre enn sitt rykte, fastholder forsker Svein Olav Daatland ved Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring (NOVA), som en kommentar på OECD-rapporten. (Tønsbergs blad 26.mai 2011)

Forskningen lokalavisa referer til er viktig internasjonal forskning på utvikling og betaling av helsetjenester til personer med et langvarig behov for helsetjenester. Data er samlet i OECD landene altså i verdens ledende nasjoner med demokratiske tradisjoner. Det er spennende hvordan Norge kommer ut når vi sammenlikner oss med andre land. Denne studien gir tall og informasjon om som setter våre måter å løse våre utfordringer i helsevesenet opp mot andre måter å løse utfordringene på. Dimensjonen som går på økonomi og betaling av tjenestene er også spennende.

I OECD-rapporten kommer det fram at det i flere land er trolig at utfordringene med rekruttering av kvalifisert arbeidskraft til å ivareta mennesker med varig bistandsbehov vil

legge press på lønningene i hele sektoren. Økt lønnsutgifter i kombinasjon med flere brukere vil doble eller til og med tredoble utgiftene landene vil ha til helsevesenet fram mot 2050. (OECD Publishing. ISBN: 9789264097759)

### **3.6 Stort omfang av deltidsarbeid**

Et stort tema knyttet til rekruttering av helsefagarbeidere er deltidsarbeid. Hvor stor del av gruppen som jobber deltid, og hvor mange av dem som ønsker å jobbe mer er viktig å forstå for å kunne utnytte den kvalifiserte arbeidskraften som allerede finnes. Deltidsarbeid har lange tradisjoner i helsevesenet og henger sammen med et kjønnsdelt arbeidsliv og hvordan arbeidstidsordninger organiseres i turnusarbeid.

Samfunnspeilet er et tidsskrift hvor Statistisk sentralbyrå publiserer aktuelle analyser og forskning om levekår og livsstil. I utgave 2, i 2011, skriver Tonje Køber og Åsne Vigran i artikkelen: Stort omfang av deltidsarbeid. I deres forskning kommer det fram at en andel på 66 % av helsefagarbeiderne jobber deltid. Mange deltidsansatte er fornøyde med arbeidstiden sin, men helsefagarbeidere i mindre grad enn sykepleiere. (Samfunnspeilet 2/2011 Statistisk sentralbyrå)

### **3.7 Rekruttering til eldreomsorg**

Førstelektor Runar Bakken ved Høgskolen i Telemark, Institutt for helsefag har gitt ut boken ”Englevakt – Rekruttering til en eldreomsorg i krise” på Manifest forlag. Der skisserer han fem forskjellige tiltak for å dekke behovet for arbeidskraft i helse sektoren. Som forsker med ti års erfaring på dette feltet hevder han å ha materiale som underbygger disse tiltakene.

Første tiltak er å øke grunnlønnen for yrkene i helsefag opp til et nivå som tilsvarer privat sektor. Han mener spørsmålet er så alvorlig at det må løses politisk ikke overlates til partene i arbeidslivet.

Andre tiltak er å gjøre full stilling og fast jobb til normen. Han mener at hovedprinsippet må være at et arbeidskollegium i sektoren består av fulltidsansatte. 80 prosent stilling er minimum. Han åpner for unntak for vikarer, lærlinger eller studenter som kvalifiserer seg innenfor sektoren, de kan ha lavere stilling.

Det tredje tiltaket er å øke grunnbemanningen ved å innføre bemanningsnormer. Han hevder det vil redusere deltidsstillinger fremme utvikling av de ansattes kompetanse.

Som tiltak fire ønsker Bakken at kompetansen heves systematisk på alle nivåer, dette skal også innebære en systematisk kvalifisering av alle ufaglærte. Men han vil i første rekke skolere ledere, og satse på kliniske videreutdanninger for alle faggruppene.

Det siste og siste og femte tiltaket er å begynne en systematisk rekruttering av menn til pleie- og omsorgsyrkene. Han setter som mål at innen 2020 bør andelen menn i kommunal pleie og omsorgssektor være 50 prosent.

Bakken er også opptatt av det han kaller en homogen kvinnekultur i omsorgsyrkene som kan gi mannlige medarbeidere stempel som rotete eller seine. Han hevder også at denne kulturen kan være vanskelig å håndtere også for kvinner, fordi det forventes lojalitet mot kvinnefelleskapet. Slik lojalitet gjør det vanskelig å stille seg faglig kritisk eller å fremme endring. (Bakken 2009)

### **3.8 Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen**

Helsedirektoratet kom i 03/2009 ut med publikasjonen ”Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen”. Denne publikasjonen tar for seg blant annet rekruttering til omsorgsyrkene som jeg finner relevant for denne oppgaven. Der går det fram at eldrebølgen gir oss redusert yrkesaktivitet og økt behov for pleie og omsorgstjenester. Det slås fast at det vil bli en dramatisk reduksjon i aldersbæreevnen, forholdet mellom den yrkesaktive delen av befolkningen og den delen over 67 år. Det vil føre til færre hender til å pleie og behandle syke og gamle.

De anbefaler at det jobbes for å utnytte godt og utdanne nok. Med å utnytte nok vil de foreslå tiltak for å redusere ufrivillig deltid i en bransje preget av stor grad av deltidsarbeid. De ønsker sektorovergrepene tiltak for å få ned sykefraværet. De er videre opptatt av å bruke de ulike helsepersonellgruppene til det de er utdannet til, altså en riktigere oppgavefordeling. Som en del av det å utnytte godt peker de også på en mer målrettet og effektiv bruk av arbeidskraften inn mot pasientrettet arbeid.

Med å utdanne nok viser de til nødvendigheten av å utdanne flere der det vil oppstå mangel på helsepersonell. Økt tilgang på helsepersonell krever ikke bare flere studieplasser, men også nok søkere og tilstrekkelig fullføringsgrad. Deres beregninger viser at underskuddet de neste tiårene blir størst blant helsefagarbeidere og sykepleiere. De stiller spørsmål ved om arbeidskraftsressursene blir kanalisert på en slik måte at samfunnets behov for utdannet arbeidskraft blir ivaretatt.

For å stimulere til økt søkning til fag vi vil mangle foreslås det vurdert å bruke økonomiske incitament som lån og stipender for å øke søkningen. Videre peker de på viktigheten av å sikre tilstrekkelig tilgang på praksisplasser for lærlinger i helsefagarbeiderfaget både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. (Utdanne nok og utnytte godt, Helsedirektoratet 03/2009)

### **3.9 Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd Samspill i praksis**

Med 69 000 årsverk er helsefagarbeiderne inkludert omsorgsarbeidere og hjelpepleiere den største utdanningsgruppen i helse- og velferdstjenestene. Det er allerede mangel på personell, noe som blant annet skyldes stort aldersrelatert avgang. Framskrivninger viser en underdekning på mellom 10 000 og 18 000 helsefagarbeidere i 2020, og mellom 35 000 og 52 000 i 2030, avhengig av hvilke forutsetninger som ligger til grunn.

Misforholdet mellom antallet helsefagarbeidere som utdannes og fremtidig behov har flere årsaker. Det pekes på et stort frafall særlig mellom skoledelen og lærlingdelen i utdanningsløpet. Det er grunn til å tro at frafallet skyldes mangel på motivasjon, stryk og for få lærlingplasser. En annet viktig årsak til frafall er at mange velger å gå videre på skole å ta påbygging til generell studiekompetanse isteden for å begynne som lærling. Det vises også til nedgangen i voksne som begynner på helsefagarbeiderutdanning.

Kjønnsdelingen blant søkerne til utdanningsprogrammet for helse- og sosialfag er svært skjev. I 2010-2011 var kvinneandelen på 88 prosent. Derfor pekes det på som viktig å fremme tiltak som kan bidra til å rekruttere flere menn.

Meldingen peker på at de må arbeides med å sikre nok attraktive lærling plasser

Et annet mulig tiltak som vil styrke karriere mulighetene for dem som har yrkesutdanning i helse og sosialfag på videregående nivå, er tilbud om Y-vei. Y-veien innebærer at det åpnes for adgang til studier i høyere utdanning for de som har en fagutdanning men ikke studiekompetanse. Det er et mål at utdanningssystemet skal være bygd opp slik at det ikke er noen blindveier. All dokumentert relevant yrkeserfaring og tidligere utdanning bør gi uttelling ved opptak til utdanning på et mer spesialisert nivå. Meld. St. 13 (2011-2012)

### **3.10 Oppsummering av status forsknings**

Jeg ønsker å bygge oppgaven min, og undersøkelsen min på viktig forskning utført av blant andre Solveig Osborg Ose på oppdrag av SINTEF, med en omfattende undersøkelse av nærmere 10 000 hjelpepleiere i norske kommuner. Marianne Høgvold-Iversen sin masteoppgave "Kampen om skittarbeidet" i forhold til profesjonskamp. Flere publiseringer av Statistisk sentralbyrå sin sentrale for bakenforliggende forskning, blant dem, Køber og Vigran sin artikkel om studier på deltidsarbeid hos helsearbeidere, og Texmond og Stølen med rapporten: Arbeidsmarkedet for helse-og sosialpersonell fram mot 2030. OECD-rapporten "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care" har også fått plass. Den helt ferske Meldingen til stortinget 13 (2011-2012) Utdanning for praksis og velferd, som viser til viktigheten av å styrke samspillet mellom utdanning og arbeidsliv ble også presentert.

## 4.0 Metode

Jeg har valgt en kvantitativ tilnærming for å besvare problemstillingen fordi jeg ønsket å kartlegge en gruppe med helsefagarbeiderlærlinger. En kvantitativ tilnærming gjorde det mulig å samle inn data fra mange respondenter på en gang. Ved å spørre en gruppe helsefagarbeiderlærlinger om hvordan de ser på sin jobbframtid ønsker jeg å finne svar på problemstillingen min. Til det vil jeg bruke et systematisk spørreskjema for å få inn data jeg kan analysere og sammenlikne med andre undersøkelser.

”Analyse av kvantitative data dreier seg imidlertid ikke bare om statistiske teknikker. Også her er det elementer av kreativitet, ikke minst i forhold til hvordan data kan tolkes.”

(Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:237)

### 4.1 Spørreskjema som datainnsamlingsverktøy

Undersøkelsen tar form av en spørreundersøkelse med et strukturert spørreskjema. Jeg har utformet skjemaet som sett av påstander informantene skal velge mellom. Det er flere sett med påstander som er knyttet opp mot hvert av forskningsspørsmålene. I tillegg vil spørreskjemaet fange opp bakgrunnsinformasjon som kjønn og alder. Ved å la respondentene velge mellom fast oppsatte alternativer i form av påstander oppnår jeg flere fordeler. Denne standardiseringen gjør det mulig å se på likheter og variasjoner hos respondentene. Det gir meg mulighet til å samle inn data fra mange individer på forholdsvis kort tid.

Det var en krevende øvelse å sette opp et godt spørreskjema. Flere utkast til spørsmålsformulering og layout ble diskutert både med veileder og i veiledningsgruppa, før undersøkelsen ble sendt ut.

### 4.2 Konkretisering og operasjonalisering

Metoden er et verktøy jeg bruker for å samle inn data for å belyse problemstillingen på en vitenskaplig måte. For å få svar på hvem er helsefagarbeiderlærlingene, og hvilke forventninger og ønsker har de til arbeidslivet, har jeg valgt å samle inn data med spørreskjema fra en større gruppe.



For å få svar på problemstillingen, har jeg tidligere i oppgaven også satt opp forskningsspørsmål for å belyse den. Hvert av disse forskningsspørsmålene er igjen konkretisert og operasjonalisert slik at de kan brukes i undersøkelsen. Det gjøres ved at hvert av forskningsspørsmålene videreutvikles til mer konkrete sett av påstander som til sammen gir svar på aspekter ved forskningsspørsmålet. Det er en stor jobb i forkant av spørreundersøkelsen å jobbe fram gode sett med påstander som på en god måte får fram innholdet i respondentenes tankemåte og reelle handlingsvalg.

Før skjemaet ferdigstilles og sendes ut, bør det gjøres en prestudie. Enten ved å samle en gruppe med noen av de samme egenskapene som respondentene eller andre fagfolk som kjenner feltet. (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010)

Som en del av utviklingen av spørreskjemaet gjennomførte jeg en prestudie der jeg samlet en liten gruppe kollegaer og diskuterer hvilke formuleringer og begreper som fungerer og om det er uklårheter som bør rettes opp før selve undersøkelsen. De kom med nyttige innspill til korrigeringer.

#### **4.3 Utvelgelse av informanter.**

”I samfunnsvitenskapen er populasjonen – også kalt studiepopulasjonen eller universet – oftest mennesker, men det kan også være objekter, for eksempel alle styrereferater fra en virksomhet eller alle klagen på en tjeneste. Populasjonen er samlingen av alle enhetene som en problemstilling gjelder for.” (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:240)

I min studie har jeg valgt å fokusere på helsefagarbeiderlæringer. For å få en mer presis og oversiktlig mengde informanter er det nødvendig å foreta et utvalg. Ut fra min interesse for hvordan denne gruppen har en stor og viktig plass i fremtidens sykehjem, henter jeg mitt utvalg blant dem. Den gruppen jeg velger fra populasjonen som mine informanter er 58 personer som er helsefagarbeiderlæringer i Vestfold når undersøkelsen holdes. Det var alle første og andre års læringer som var organisert under Vestfold Fylkeskommunes opplæringskontor når undersøkelsen ble gjennomført. Det betyr at undersøkelsen ikke har et tilfeldig uvalg av alle helsefagarbeiderlæringer, men består av et bekvemlighetsutvalg.

Konkret tok jeg kontakt med Opplæringskontoret i Vestfold Fylkeskommune og fikk hjelp av dem til å sende ut spørreskjema til alle de lærlingene de hadde ansvaret for når undersøkelsen ble sendt.

Det var til sammen 58 lærlinger. Respondentene fikk også et skriv med en kort presentasjon av prosjektet mitt. (se vedlegg: følgebrev til spørreskjema). For å oppmuntre til å besvare undersøkelsen, laget jeg en mulighet til å vinne et gavekort for de som brukte tiden sin til å besvare undersøkelsen. For å ivareta anonymiseringen av svarene på undersøkelsen var det ikke mulig å koble navn fra gavekorttrekningen, opp mot svar på undersøkelsen. Trekning ble gjennomført og vinneren tilsendt gavekortet.

#### **4.4 Styrker og svakheter ved metodevalg.**

Ved å velge en kvantitativ metode til å få svar på min problemstilling har jeg lagt mange føringer for hva jeg kan forvente å få ut av undersøkelsen min. Metodevalget innebærer både fordeler og ulemper for å få svar på problemstillingen.

De viktigste ulempene slik jeg ser det er at jeg ikke kan fange opp nyanser ved å bruke et strukturert spørreskjema. Det kan på en måte ikke dukke opp noen overraskelser som jeg ikke har tenkt ut på forhånd. Den tilnærmingen jeg har valgt er deduktiv i formen, med det mener jeg at jeg starter ut med noen antakelser og forsøker å få de bekreftet med empiriske data. Det kan igjen føre til at hvis jeg ikke gjør en grundig nok jobb med spørreskjemaet kan ende opp med en ganske overflatisk undersøkelse. Hvis jeg underveis oppdager at de data jeg får inn, ikke gir meg svar på det jeg spør etter, kan det svært vanskelig å rette opp det. En spørreskjemaundersøkelse følger et standardisert opplegg som er fastlagt på forhånd og kan virke ganske rigid å justere underveis. Den siste store ulempen jeg vil trekke fram distansen metoden gir til respondentene. Er det noe som kunne være spennende å få utdypet er det ikke lett med denne formen for undersøkelser. Denne avstanden kan også gjøre det lettere for intervjuobjektene å ignorere hele undersøkelsen min slik at viktige data for meg går tapt.

Den distansen som kan være en ulempe kan jeg velge å bruke til min fordel. Avstand til data og forsker som tilskuer, kan gi en objektivitet som kan være med på å gi resultatene mine tyngde hvis jeg gjør undersøkelsen på en god måte. Ved å gjøre en stor og god innsats i forkant av undersøkelsen kan den videre prosessen gi meg gode data å jobbe med. Det standardiserte opplegget denne undersøkelsen vil få, gir meg en trygghet i at jeg følger et

gjennomprøvd opplegg. Mange har brukt samme metode før meg, som kan gi gode data når jeg følger spillereglene.

#### **4.5 Forskningsetikk**

Det er enighet om at de ulike virksomhetene i samfunnet bør drives på en etisk ansvarlig måte. På denne bakgrunn kan se et voksende behov for seriøs etisk refleksjon på en rekke områder, ikke minst når det gjelder næringsliv, forskning og internasjonale forhold. Her er det snakk om etikk i praksis, altså en etikk som bevisst brukes til veiledning og vurdering innenfor et bestemt område. Dette har gitt opphav til en særegen disiplin, nemlig forskningsetikken (Gilje og Grimen 1995)

I masteroppgaven på verdibasert ledelse studiet finner jeg det naturlig å reflektere over den etiske dimensjonen i den forskningen jeg utfører. Den forskningen jeg legger til grunn for oppgaven min er også vurdert ut fra det perspektivet. Derfor finner jeg det her i masteroppgavens metodedel naturlig å ta med den forskningsetiske dimensjonen som et avsnitt.

Jeg har i hele oppgaven forsøkt å fremstille respondentene mine på en respektfull måte ved å tolke de data de har gitt meg på en måte som ikke har vært spekulerende eller ved å trekke poenger ut av sammenhengen på en uetisk måte. På samme måte har jeg forsøkt å behandle teori og andres forskning.

Jeg har vært bevisst på at ingen av respondentene kan gjenkjennes i oppgaven og alle data er anonymisert og ikke mulig å spore tilbake til personene som svarte på undersøkelsen.

#### **4.6 Funn**

Det data materiale jeg får inn ved undersøkelsen jeg skal gjøre i forbindelse med masteroppgaven min må behandles ut fra de reglene som gjelder for kvantitativ forskning og forskning generelt. Det er noen begreper i den forbindelse jeg vil komme nærmere inn på her.

”Reliabilitet knytter seg til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som brukes, den måten de samles inn på, og hvordan de bearbeides.” (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:40)

Reliabilitet kan i enkleste form forklares som troverdighet. Ved å jobbe systematisk og grundig håper jeg mine data etter undersøkelsen vil fremstå som troverdige. Ved å lage et oversiktlig og ikke for langt spørreskjema håpet jeg å bidra til at de data jeg fikk inn er gode.

”Først når vi har ryddet av veien disse tre alternative forklaringene: tilfeldige feil, systematiske feil og konfundering, er det rimelig å konkludere at et funn, for eksempel en observert sammenheng er valid (gyldig, sann).” (Bjørndal og Hofoss 2004:38)

Validitet krever altså at vi leter etter mulige feilkilder i de data vi innhenter og ved de slutninger og sammenhenger vi trekker ut av dem. Først når vi og andre ikke kan finne feil ved funnene kan de regnes som valide, altså gyldige og sanne.

Vi kan skille mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet kan vi også betegne som begrepsvaliditet. Begrepsvaliditet handler om forholdet mellom det generelle fenomenet som skal undersøkes og de konkrete dataene. Ved å lage indikatorer som kan gi oss svar på det begrepet vi ønsker å undersøke. (Johannessen, Tufte og Christoffersen 2010:70)

Ekstern validitet betyr at de data undersøkelsen gir kan generaliseres til alle i populasjonen. I undersøkelsen min velger jeg å spørre helsefagarbeiderlærlinger fra Vestfold. Siden data fra undersøkelsen er hentet inn i et begrenset geografisk område kan ikke svarene generaliseres til å gjelde i hele landet.

Bearbeiding og analyse av data er en viktig del av all forskning. Som et arbeidsverktøy for å gå inn i funnene i undersøkelsen min har jeg benyttet dataverktøyet SPSS for å se sammenhenger i materiale. Dette dataverktøyet muliggjør beregninger og sammenhenger mellom beregninger i datamateriale som legges inn. For å forstå og bruke SPSS bruker jeg boken Introduksjon til SPSS, av Asbjørn Johannessen. Et slikt datahjelpemiddel krever likevel kunnskaper om statistikk. For å behandle data fra undersøkelsen tar jeg utgangspunkt i fagboken Statistikk for helse- og sosialfagene, av Arild Bjørndal og Dag Hofoss. Ved en kvantitativ metode som jeg velger for mitt forskningsopplegg gir denne boken god innsikt i tenkningen som statistikken er tuftet på.

#### **4.7 Hvordan arbeidsprosessen har påvirket metoden**

Det er to typer statistikk i samfunnsforskningen. Deskriptiv eller beskrivende statistikk skiller seg fra slutningsstatistikk ved at den begrenser seg til å analysere hvordan enheter fordeler seg på variablene i et konkret datamateriale. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010)

Jeg velger bevisst å analysere datamaterialet mitt på en beskrivende måte. Temaet for denne oppgaven er lederens mulighet til å påvirke rekruttering av helsefagarbeidere til norsk eldreomsorg, gjennom konkrete tiltak ute i sine virksomheter. Studiens formål er å skaffe kunnskaper om helsefagarbeiderlærlingenes forventninger til arbeidslivet og lederne sine muligheter for å møte disse. I resultatkapittelet velger jeg derfor å presentere data fra undersøkelsen min ved deskriptiv statistikk i form av univariat analyse ved frekvenstabeller og figurer, for å få fram de indikasjonene datamaterialet kan gi meg forhold til problemstillingen.

I min undersøkelse fikk jeg en svarprosent på 53,5 prosent det betyr at undersøkelsen har et frafall på 46,5 prosent. Jeg sendte ut 58 spørreskjema og fikk inn 31 svar. Hvem de 27 som valgte å ikke svare på undersøkelsen er, vet jeg ikke mye om. Jeg vet at det er noen få menn i utvalget av respondenter. Ingen av de valgte å sende tilbake spørreskjemaet.

#### **4.8 Oppsummering av metode**

Resultatene fra spørreundersøkelsen sammen med teori og tidligere forskning er bærebjelkene i denne oppgaven. For å få inn egne data som jeg kan holde opp mot teori og empiri har jeg valgt å foreta en kvantitativ undersøkelse med spørreskjema.

Undersøkelsen ble sendt ut til 58 helsefagarbeiderlærlinger og 53.5 prosent av dem tok seg tid til å svare. Det ga meg 31 unge kvinners betraktninger i forhold til arbeidstid, erfaring med ledere, forventninger til arbeidslivet og en del innsikt i hvem de er og hva de vil videre. Det materiale vil jeg bruke videre i oppgaven ved å presentere resultatene ved deskriptiv statistikk som også betegnes som beskrivende statistikk.

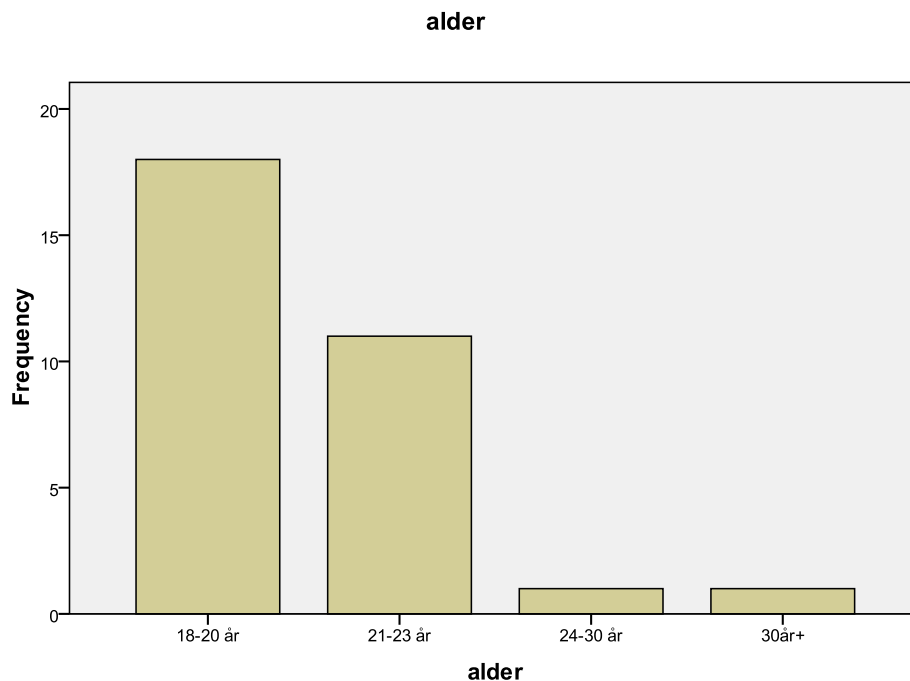
## 5 Resultater

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere deskriptiv statistikk basert på de data undersøkelsen min gir. Her er det bare de funn undersøkelsen min gir som legges fram. Funnene vil bli analysert og diskutert opp mot annen forskning og teori i kapittel 6. Målet her er å belyse problemstillingen min gjennom de fakta jeg legger fram fra undersøkelsen min. Jeg velger å sette resultatene opp under overskriftene som er forskningsspørsmålene mine.

### 5.1 Hvem er helsefagarbeiderlærlingene som har besvart undersøkelsen?

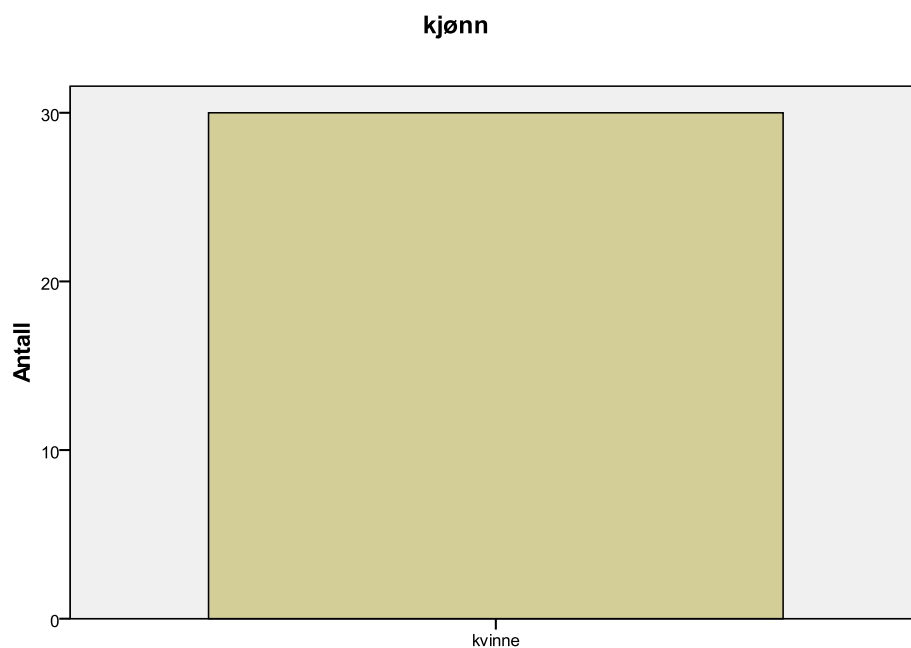
Jeg startet undersøkelsen min med å innhente noen bakgrunnsopplysninger om hvem helsefagarbeiderlærlingene er. Resultatene i forhold til forskningsspørsmål 1, velger jeg å presentere med grafikk fra SPSS som jeg kommenterer fortløpende.

I forhold til kjønn og alder oppga de:



Grafikk 1- Alder

Aldersspredningen på respondentene i min undersøkelse viste at de aller fleste var mellom 18 og 23 år. Bare to oppga at de var over 24 år.



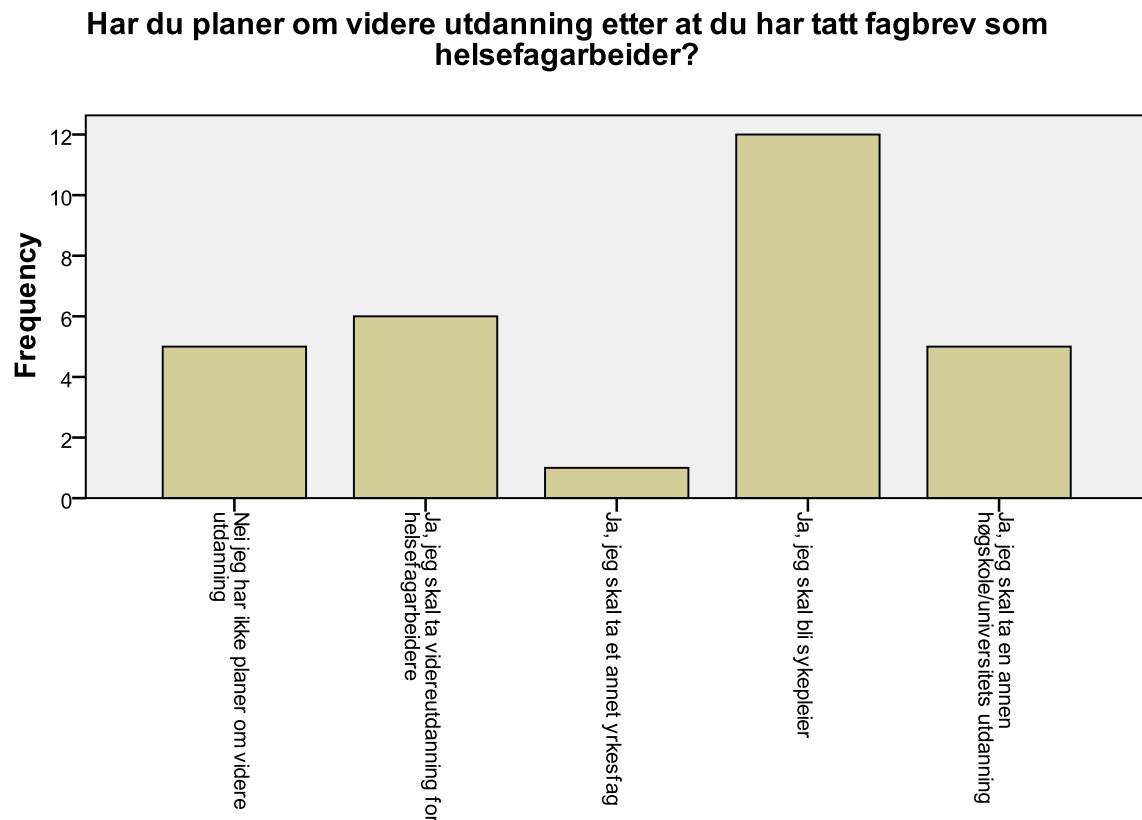
Grafikk 2- Kjønn

Alle som svarte på spørsmålet om kjønn i undersøkelsen, oppga at de er kvinner. 100 prosent av respondentene i undersøkelsen er kvinner, ingen menn svarte på undersøkelsen. En av respondentene hadde ikke svart på spørsmålet om kjønn.



Grafikk 3

En av hovedideene med denne undersøkelsen er å få inn data om hvordan unge helsefagarbeiderlæringer i Vestfold har et ønske om å jobbe i eldreomsorg etter endt utdanning. En faktor jeg bruker fra min undersøkelse er hvordan de svarer på spørsmålet om de har lyst til å jobbe med eldre i sykehjem. Syv av respondentene oppgir at de er helt enig i at de har lyst til å jobbe med eldre på sykehjem. Elleve av dem oppgir at de er litt enig i denne påstanden. Til sammen utgjør det 58,1 prosent av utvalget



Grafikk 3

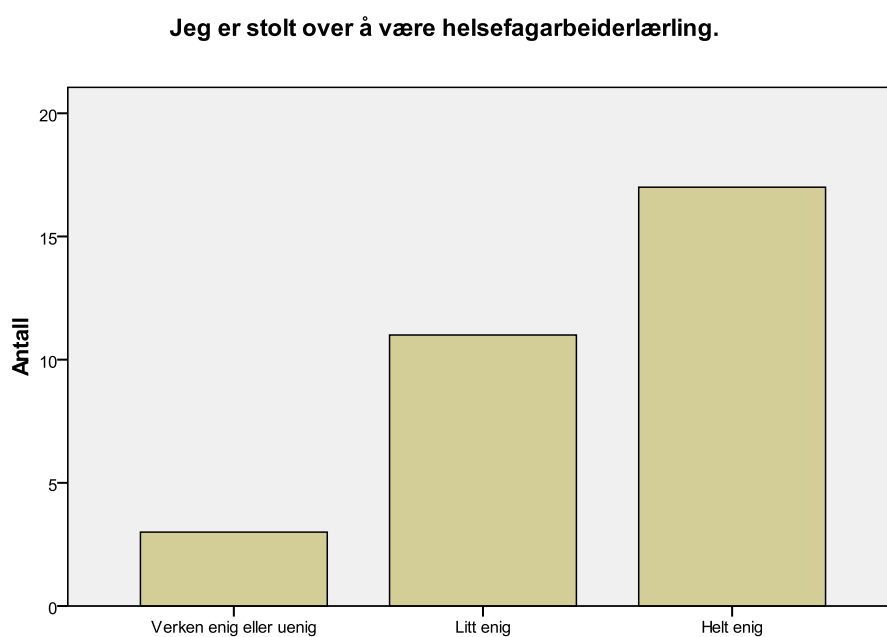
Som en del av de innledende spørsmålene spurte jeg respondentene om hvilke planer de har for utdanning videre. Mange av respondentene oppgir at de har planer om videre utdanning. Planer for videreutdanning og studier ved høyskoler er viktige faktorer i unge menneskers framtidsplaner. Jeg spør respondentene konkret om de har slike planer eller ikke, og hvilket innhold planene har konkret.

I undersøkelsen svarer 17,2 prosent at de ikke har planer om å fortsette videre med utdanning etter at de har tatt fagbrev som helsefagarbeidere. Sammen med 20,7 prosent av respondentene som oppgir at de skal ta en videreutdanning for helsefagarbeidere utgjør de



37,9 prosent som har tenkt til å fortsette i faget. 41,4 prosent av de spurte helsefagarbeiderlærlingene oppgir at de har planer om å bli sykepleiere. 17,2 prosent oppgir at de har tenkt til å ta en annen høgskole eller universitetsutdanning. Sammen med 3,2 prosent som skal ta et annet yrkesfag, utgjør de samlet 61,8 prosent av respondentene som oppgir at de har planer om å utdanning som fjerner dem fra helsefagarbeiderfaget.

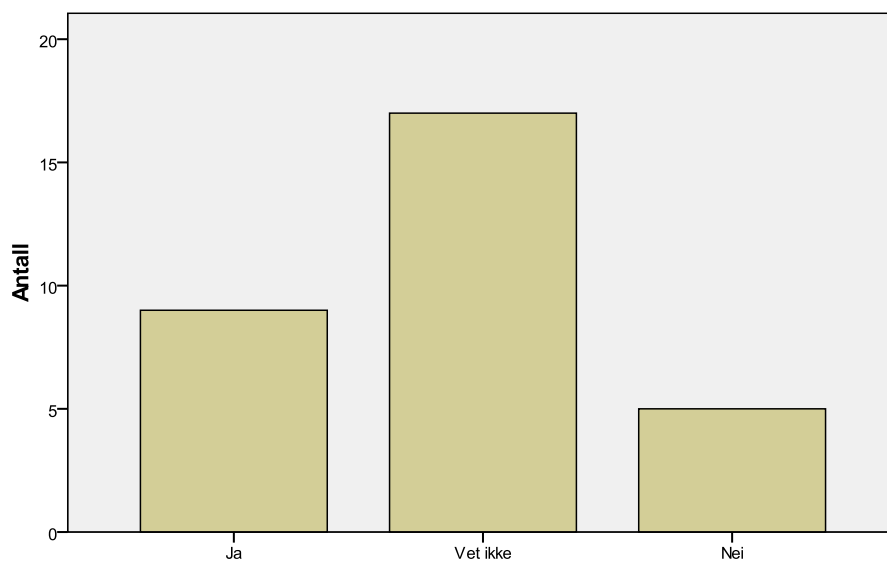
Under overskriften opplevelse av faganseelse spurte jeg om respondentene var stolte av det valget de har tatt.



Grafikk 4 – Faganseelse

90,2 % av respondentene oppgir at de er litt eller helt enig i at de er stolte over å være helsefagarbeiderlærlinger.

### Tror du at du jobber som helsefagarbeider om 10 år?



Grafikk 5 – Jobber som helsefagarbeider om 10 år

29 prosent svarer at de tror de jobber som helsefagarbeidere om 10 år. 54,8 prosent sier at de ikke vet om de jobber som helsefagarbeidere om 10 år og 16,1 prosent svarer nei på spørsmålet.

## 5.2 Hvilke forventninger og ønsker har unge helsefagarbeiderlæringer til arbeidslivet?

I forhold til forskningsspørsmål 2, velger jeg å presentere funn fra undersøkelsen min i tabeller som viser hvordan respondentene har svart på spørreskjema. I tabellene presenterer jeg hvordan svarene prosentvis har fordelt seg på svaralternativene. Jeg presenterer hvordan gjennomsnittet på hvert av svarene. M= Mean som betyr gjennomsnitt av svarene 1 helt uenig, til 5 helt enig. N= antall som har svart.

Tabell 1- Påstander fra spørreskjema knyttet til **arbeidstid**

Påstander:	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig	Gjennomsnitt 1-5	Antall
	%	%	%	%	%	M=	N=
7. Det er viktig for meg å få en fast stilling etter endt fagbrev.	0	0	6,5	22,6	71,0	4,64	31
8. For at jeg skal bli i jobben som helsefagarbeider er det viktig å jobbe 100% stilling.	0	3,2	22,6	48,4	25,8	3,97	31
9. Det er ikke så viktig om jeg har fast stilling.	46,7	40,0	10,0	0	3,3	1,73	30
10. Det er greit for meg å jobbe hver andre helg fast hvis det gir meg større stillingsprosent fast.	32,3	22,6	22,6	19,4	3,2	2,39	31
11. Jeg liker å jobbe helger.	20,0	36,7	23,3	16,7	3,3	2,47	30
12. Jeg ønsker meg en jobb uten kvelds- og helgevakter.	19,4	25,8	12,9	16,1	25,8	3,03	31
13. Jeg ønsker å påvirke oppsettet av turnusen min.	0	0	22,6	29,0	48,4	4,26	31
14. Jeg har ofte behov for å bytte vakt for å kombinere jobb og fritid.	16,1	25,8	25,8	12,9	19,4	3,94	31
15. Jeg har mulighet til å påvirke turnusen min.	9,7	3,2	25,8	54,8	6,5	3,45	31

En stor del av spørreundersøkelsen min er spørsmål knyttet til arbeidstid og arbeidstidsordninger som turnus og helgearbeid. 71,0 prosent av respondentene er helt enig i at de ønsker seg en fast stilling etter endt fagbrev. Mer enn tre av fire av respondentene ønsker å påvirke turnusplanen de går i. Det vil si at 77,4 prosent av respondentene er litt eller helt enig i at de ønsker å påvirke oppsettet av turnusen.

Tabell 2- Påstander fra spørreskjema knyttet til **stillingsstørrelse**

Påstander:	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig	Gjennomsnitt 1-5	Antall
	%	%	%	%	%	M=	N=
16. Det er en fordel for beboerne / brukere at vi pleiere jobber i store stillinger.	0	6,5	9,7	25,8	58,8	4,35	31
17. Det er en fordel for oss som jobber at det er flere store stillinger.	0	3,2	16,1	41,9	38,7	4,16	31
18. Det er greit at vi er færre på jobb når alle går fulle vakter.	33,3	20,0	26,7	13,3	6,7	2,40	30
19. Mindre fast stilling gir større fleksibilitet til å jobbe mindre i perioder.	16,1	19,4	12,9	32,3	19,4	3,19	31
20. Det er en ulempe å jakte på ekstravakter.	3,2	29,0	25,8	22,6	19,0	3,26	31
21. Å ha en full stilling gir trygghet og forutsigbarhet.	0	3,2	6,5	25,8	64,5	4,52	31

Jeg spurte også helt konkret hvor stor stilling de ønsket seg etter endt lærlingtid. Mine funn viser at det ikke er de fleste som ønsker seg full stilling, snarere tvert imot. 30 prosent av helsefagarbeiderlæringene oppgir at de ønsker seg en 100 prosent stilling etter endt lærlingtid. 70 prosent av respondentene oppgir at de ønsker seg en redusert stilling på mellom 50 og 100 prosent. Ingen valgte å krysse av på alternativet ned at de ønsket seg en stilling på mindre enn 50 prosent. 80,6 prosent er litt eller helt enig i at det er en fordel for brukerne at de ansatte går i større stillinger. 64,5 prosent av respondentene tenker på det å ha full stilling kan gi trygghet og forutsigbarhet.

53,3 prosent er litt eller helt uenig i at det er greit å være færre på jobb når alle går fulle vakter. Det er stor spredning i forhold til hvordan respondentene svarer på påstanden ” Mindre fast stilling gir større fleksibilitet til å jobbe mindre i perioder”.

Tabell 3- Påstander fra spørreskjema knyttet til **opplevelse av faganseelse**

Påstander:	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig	Gjennomsnitt 1-5	Antall
	%	%	%	%	%	M=	N=
22. Jeg er stolt over å være helsefagarbeiderlærling	0	0	9,3	35,5	54,8	4,45	31
23. Jeg vil anbefale andre å bli helsefagarbeidere	0	3,2	16,1	38,7	41,9	4,19	31
24. Yrket helsefagarbeider har et godt omdømme.	3,2	12,9	19,4	35,5	29,0	3,74	31

90,3 prosent av respondentene er litt eller helt enig i at de er stolte av å være helsefagarbeiderlærlinger. 80,6 prosent er litt eller helt enig i at de ville anbefale andre samme yrkesvalg. 64,5 prosent er litt eller helt enig i at helsefagarbeider yrke har et godt omdømme.

Tabell 4- Påstander fra spørreskjema knyttet til **forventninger til nærmeste leder**

Påstander:	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig	Gjennomsnitt 1-5	Antall
	%	%	%	%	%	M=	N=
25. Det er viktig for meg at lederen er lydhør for de synspunktene jeg kommer med.	0	0	0	29,0	71,0	4,71	31
26. Jeg søker helst på en jobb der jeg kjenner lederen.	35,5	16,1	29,0	16,1	3,2	2,35	31
27. Det er viktig for meg at lederen tar spørsmål om etikk på arbeidsplassen alvorlig.	0	0	22,6	32,3	45,2	4,23	31
28. Lederen gir klart uttrykk for hva som forventes av meg på jobben.	0	3,2	0	54,8	41,9	4,35	31
29. Lederen gir meg tilstrekkelig tilbakemelding på jobben jeg gjør.	0	0	19,4	41,9	38,7	4,19	31
30. Det er lett å få tak i lederen når jeg har behov for å snakke med han eller henne.	0	3,2	3,2	38,7	54,8	4,45	31
31. Jeg har mulighet til påvirke hvilke oppgaver jeg får på jobben.	0	6,5	19,4	32,3	41,9	4,10	31
32. Jeg har mulighet til å bestemme i hvilken rekkefølge jeg gjør oppgavene i løpet av en dag	0	16,1	9,7	48,4	25,8	3,84	31
33. Jeg opplever at jeg har nok tid til å gjøre jobben i løpet av dagen.	9,7	16,1	35,5	16,1	22,6	3,26	31

93,5 prosent av respondentene som oppgir at det er lett å få tak i lederen hvis det er behov for å snakke med han eller henne. Nær tre av fire (74,2 prosent) oppgir også at de har mulighet til å bestemme i hvilken rekkefølge de gjør oppgavene sine i løpet av en dag.

100 prosent av helsefagarbeiderlærlingene som oppgir at de er litt eller helt enig i at det er viktig at lederen er lydhør for synspunktene de kommer med. 77,5 prosent er litt eller helt enig i påstanden: ”Det er viktig for meg at lederen tar spørsmål om etikk på arbeidsplassen på alvor”.

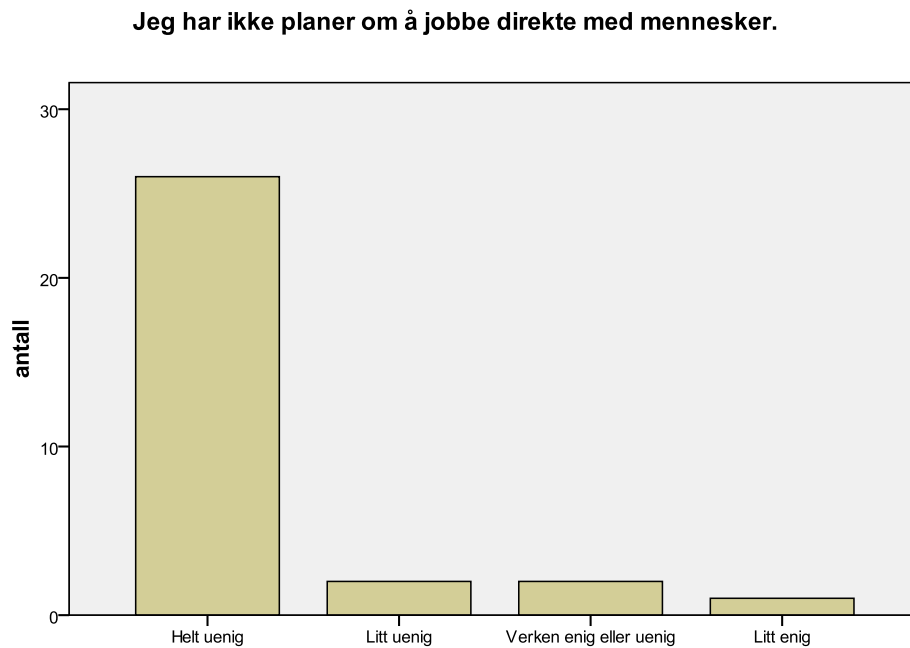
På spørsmål om de helst søker på jobb der de kjenner lederen svarer 35.5 % at de er helt uenig i dette, legger vi sammen helt uenig, litt uenig og verken enig eller uenig tilsvarende 80.6 % av respondentene.

Tabell 5- Påstander fra spørreskjema knyttet til **lærlingenes planer videre**

Påstander:	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig	Gjennomsnitt 1-5	Antall
	%	%	%	%	%	M=	N=
34. Jeg vil søke stilling et av de stedene jeg har jobbet som lærling.	3,3	10,0	13,3	50,0	23,3	3,80	30
35. Jeg trives i jobben som helsefagarbeider.	0	0	22,6	35,5	41,9	4,19	31
36. Jeg er sikker på at jeg har valgt rett fag for meg.	0	13,3	20,0	43,3	23,3	3,77	30
37. Jeg har lyst til å jobbe med eldre på sykehjem.	3,2	6,5	32,3	35,5	22,6	3,68	31
38. Jeg har lyst til å jobbe med mennesker med psykiske lidelser.	0	12,9	25,8	38,7	22,6	3,71	31
39. Jeg har lyst til å jobbe med mennesker med psykisk utviklingshemming.	0	16,1	22,6	38,7	22,6	3,68	31
40. Jeg har lyst til å jobbe i hjemmetjenesten.	3,2	25,8	29,0	29,0	12,9	3,23	31
41. Jeg har lyst til å jobbe med barn og unge.	3,2	22,6	16,1	35,5	22,6	3,52	31
42. Jeg har ikke planer om å jobbe direkte med mennesker.	83,9	6,5	6,5	3,2	0	1,29	31

Nær tre av fire (73,3 prosent) er litt eller helt enig i at de vil søke jobb på et av stedene de har vært lærling. 77,2 prosent er litt eller helt enig i at de trives som helsefagarbeidere.

### 5.3 Oppsummering av resultater



Grafikk 6

I undersøkelsen min har 31 unge kvinner som er lærlinger i helsefagarbeiderfaget delt sine tanker om arbeidslivet sitt. Tanker som avspeiler forventninger om medvirkning, faste jobber, ledere med etisk forankring de kan nå på en enkel måte, og som hører på deres innspill og meninger. Flere enn fire av fem av disse kvinnene har planer om å jobbe direkte med mennesker i sitt yrkesliv.

## **6 Diskusjon av resultatene**

I denne delen av oppgaven vil jeg se på resultatene fra undersøkelsen min og holde de opp mot teorien jeg har presentert tidligere i oppgaven, og opp mot utvalget jeg har gjort av tidligere forskning. Målet for denne delen av oppgaven er å belyse problemstillingen ved å gå gjennom forskningsspørsmålene mine.

**Problemstilling: Hvem er helsefagarbeiderlærlingene, og hvilke forventninger og ønsker har de til arbeidslivet?**

**6.1 Forskningsspørsmål 1:** Hvem er helsefagarbeiderlærlingene som har besvart undersøkelsen?

### **6.1.1 Alder**

I undersøkelsen jeg har gjennomført er alder som indikator ikke representativ i forhold til alle de som faller inn under samlebetegnelsen helsefagarbeidere. Det er vanlig å regne hjelpepleiere, omsorgsarbeidere også inn som helsefagarbeidere. Grunnen til at min undersøkelse avviker i alder, er at jeg har valgt ut en gruppe lærlinger som informanter til undersøkelsen. De er på vei inn i sine yrkesliv og er som gruppe unge mennesker. 93.5 prosent er under 23 år. I SINTEF rapport A 12594 med Solveig Osborg Ose som prosjektleder, der de har 9 631 respondenter er snittalder i utvalget 49.1 år. Videre kommer det fram i SINTEF rapporten at de har sitt utvalg fra en populasjon på 32 985 personer. Til sammen i hele populasjonen er gjennomsnittsalderen 47 år. (Ose 2009) Respondentene i min undersøkelse skiller seg klart i alder fra de i Ose sin undersøkelse. Det betyr at hele undersøkelsen må sees i sammenheng med respondentenes unge alder i forhold til annen forskning.

### **6.1.2 Kjønn**

I forhold til kjønn skiller respondentene i undersøkelsen min seg mindre fra SINTEF rapporten til Ose. Alle respondentene som svarte på spørsmålet om kjønn i min undersøkelse er kvinner, altså 100 prosent kvinneandel. I SINTEF rapporten er 3.1 prosent av respondentene menn eller 4 prosent av hele populasjonen. Jeg har ikke reelle bakgrunnstall fra alle de jeg sendte ut undersøkelsen min til, så jeg vet ikke om det var menn som kunne svare



på den. Likevel kan man med trygghet si det er en helt klar overrepresentasjon av kvinner i helsefagarbeiderfaget.

I boka Englevakt, Rekruttering til en eldreomsorg i krise, tar førstelektor Runar Bakken ved Høgskolen i Telemark opp utfordringen ved at så få menn rekrutteres til omsorgsyrkene. Han mener en systematisk rekruttering av menn, med et mål om 50 prosent menn i kommunal pleie- og omsorgssektor innen 2020, er en av løsningene for å dekke opp underskuddet på fagarbeidere. (Bakken 2009)

Bakken trekker videre fram at det ikke er så enkelt å være mann på jobb i en homogen kvinnekultur som gir kvinnene en makt til å vurdere menns være og handlemåte. Ofte med et smil vurderes mannlige ansatte som rotete eller seine. (Bakken 2009)

Som ledere kan vi være oppmerksomme på disse mekanismene å tilrettelegge for at de mennene som velger å jobbe hos oss får muligheter til å fylle pleierollen som menn.

NOU 2008:6 med navnet Kjønn og lønn, slår fast at Norge har et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkeder i den industrielle verden, i følge internasjonale sammenlignbare studier. (NOU 2008:6)

Det var ikke uventet at kvinneandelen blant respondentene i min undersøkelse var stor, men at det ble 100 prosent kvinner av respondentene, overasket meg. Det kanskje mest interessante med det funnet er hvem som ikke er der. Det er svært få menn som rekrutteres til helsefagarbeiderutdanningen. Det kan ha mange årsaker. For denne oppgaven er fokuset faktorer på arbeidsplassen som påvirker rekruttering. Sammenholder vi forskning og teori kan det se ut som tilnærmet rene kvinnearbeidsplasser ikke er gode for menn. Ved bevissthet på menn sin arbeidshverdag kan vi som ledere forsøke å fremme et mindre kjønnsdelt arbeidsmarked.

### **6.1.3 Lyst til å jobbe på sykehjem**

I min undersøkelse kartlegger jeg også i hvor stor grad respondentene har lyst til å jobbe på sykehjem etter endt fagbrev. Til sammen 58.1 prosent av respondentene oppgir at de er litt eller helt enig i at de har lyst til å jobbe på sykehjem. I Ose sin undersøkelse for SINTEF oppgir 49 prosent av respondentene at de jobber på sykehjem. (Ose 2009)

I OECD rapporten *Help Wanted?, Providing and Paying for Long-Term Care*, skriver forfatteren Colombo om LCT Workers. LCT Workers er altså et begrep for de som jobber med mennesker som har et hjelpebehov over en utvidet tidsperiode på grunn av fysisk eller kognitiv svikt.

”Recruiting and retaining LCT Workers may be a challenge and exacerbate pressure on wages in the sector. Spending on LCT will double or even triple between now and 2050, a result of growth in volumes and prices of formal care, as individuals demanding better quality and more responsive, patient-oriented social-care systems.” (Colombo 2011:3)

Tallene fra OECD rapporten viser med stor klarhet at behovet for plasser i eldreomsorgen vil øke i løpet av yrkeslivet for ungdommene i min undersøkelse. Vi kommer til å trenge hver eneste en av dem. Som ledere har vi et ansvar for å lage gode arbeidsplasser med mening og mulighet for egenutvikling for hver enkelt av disse ungdommene. Det vil de kreve av oss for å utføre den viktige samfunnsoppgaven vi gir dem.

Adizes slik han presenteres i videreutviklet form i Torodd Strand sin bok *Ledelse, organisasjon og kultur*. Trekker frem fire funksjonelle områder ledere kan virke i organisasjonen. Verdier som innovasjon, tilpassing og endring som hører inn under entreprenørfunksjonen (Strand 2007) kan trolig bli nyttige for lederen som jobber i sykehjem. Ved å jobbe målrettet med rekruttering gjennom nytenkning, tilpassing og endring av institusjonen ikke bare ut fra brukernes perspektiv, men også aktivt gå inn for å lage gode arbeidsplasser kan vi bidra til å møte det økte behovet for arbeidskraft.

#### **6.1.4 Utdanningsplaner**

I min undersøkelse er det mange av respondentene som har planer om videre utdanning etter endt fagbrev som helsefagarbeidere. 17,2 prosent som ikke har tenkt på å ta noen videre utdanning, sammen med 20,7 prosent som har tenkt å videreutdanne seg innenfor faget utgjør 37,9 prosent av respondentene i undersøkelsen. 41,4 prosent av respondentene har tenkt å bli sykepleiere. De skal altså utdanne seg til helsefagarbeidere med fagbrev først for så å ta en hel ny profesjonsutdanning som sykepleiere etterpå. Det betyr at to store nesten jevnstore grupper, med helsefagarbeidere kommer ut med samme fagbrev, men med forskjellige behov fra arbeidsstedet de skal jobbe. Den ene store gruppen ønsker stillinger som

helsefagarbeidere, og de skal jobbe videre i disse stillingene. Over halvparten av de som har tenkt til å bli i helsefagarbeiderfaget kommer før eller siden til å ønske å videreutvikle seg og fagkunnskapen sin med en videreutdanning. Den ønsker de å få dekket og tilrettelagt av arbeidsgiver som trenger deres nye kompetanse med fordypning på geriatri eller psykiatri. Den andre store gruppen, de som skal bli sykepleiere søker seg til stillinger som kan la seg kombinere med studier på høgskolen.

Entreprenørfunksjonen til lederen blir å tilpasse seg denne tilgangen på ressurser av arbeidskraft. (Strand 2007) Ved å tilrettelegge for at virksomheten kan favne både de som skal forbli helsefagarbeidere og de som skal studere videre. Gode ordninger for, og satsning på systemer for videreutdanning og egenutvikling trer fram en god ledelsesstrategi.

I masteroppgaven Kampen om skittarbeidet, fra Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, skriver Marianne Høgvold-Iversen forholdet mellom fagarbeiderne og sykepleierne i helsevesenet. Hun trekker fram at fagarbeiderne i hovedsak bygger sine kunnskaper på praksiskunnskap, mens sykepleie er et fag som er basert på teori. Hun peker på paradokset ved at sykepleiefaget tradisjonelt har vært oppfattet som et fag basert på kvinners naturlige egenskaper med kall- og oppofrelsesstrategi. Hun hevder at sykepleierne i alle år har kjempet en kontinuerlig kamp for å oppnå anerkjennelse for at sykepleie er et eget profesjonelt fagfelt på lik linje med andre profesjoner. (Høgvold-Iversen 2008)

Ved å samle hjelpepleierne og omsorgsarbeiderne inn i et fagopplæringsløp med to år med teoretisk opplæring og to år med praksis i lærlingtid har fagarbeiderens økt sitt teoretiske innhold. Det innebærer at mange skaffer seg studiekompetanse og går tre nye år på sykepleien. De kan ha fordeler i forhold til sine medstudenter som kommer fra studieforbereidende utdanningsprogram, det som før var gymnas, ved at de har tilegnet seg mange av de ferdighetene og kunnskapene som er felles for fagarbeidere og sykepleiere før studiestart.

Det at så mange av de som tar fagbrev som helsefagarbeidere har planer om videre utdanning må vi som ledere forholde oss til. Lokalt kan de være en fordel med læringsiver og vilje til egenutvikling. Det som kan bli utfordringen framover er å møte et eventuelt gap mellom behovet for helsefagarbeidere og kvalifiserte mennesker som ønsker å jobbe som det. Lokalt

kan vi som ledere sørge for interessante arbeidsplasser for helsefagarbeiderne i virksomheten for å stimulere rekruttering.

Runar Bakken hevder at et av tiltakene for å rekruttere til en eldreomsorg i krise er å heve kompetansen på alle nivåer. Han vil i første omgang vektlegge lederutdanning, kliniske videreutdanninger for alle grupper og systematisk kvalifisering av alle ufaglærte. (Bakken 2009)

### **6.1.5 Opplevelse av faganseelse**

I min undersøkelse oppgir 90.2 prosent at de er litt, eller helt enig i at de er stolte av å være helsefagarbeidere. Som leder i møte med disse ungdommene kan vi hente fram elementer av integratrorollen til Adizes. Ved å fremme deltakelse, individuell identitet, utvikling og konflikthåndtering. Kan vi bidra til å opprettholde og fremme yrkesstoltheten deres.

I boken Rekruttering og utvalg av medarbeidere – og arbeidssøkers valg av arbeidsgiver, skriver Rigmor Grimsø om hvordan yrkesorganisasjonene som ivaretar de ulike yrkers og profesjoners særinteresser, arbeider kontinuerlig med å øke yrkets status ved å stille økende krav til utdanningen. Hun peker videre på samspillet mellom stat, utdanningssystemer og yrkesorganisasjonene har konsekvenser for rekrutteringen til de ulike yrkene. Hun hevder at økt oppvurdering av intellektuelle kunnskaper i kombinasjon med manglende kapasitet ved utdanningsinstitusjonene kan presse opp kravet for å komme inn ved utdannelsen. Derved utelukkes en del interesserte, interessante og habile søkere fra utdanningen til fordel for de med høyere kvalifikasjoner. På den måten begrenses rekrutteringen til yrket. (Grimsø 2004)

Det kan være interessant å trekke hennes tankerekke over i situasjonen for helsefagarbeiderlærlinger. Det er nemlig en faktor som er bør trekkes fram. Det er vanskelig å få lærlingplass. Det er kommunene som oppretter stillinger for lærlinger. Det er få lærlingplasser i forhold til søkere. Kravene for å få en av disse plassene er hard, og det er mange kvalifiserte søkere som ikke får tildelt en lærlingplass. Ved å øke den teoretiske delen av opplæringen og øke faganseelsen, kan de som har en mer praktisk tilnærming til faget falle utenfor og teoretisk kunnskap favoriseres. Det kan være nærliggende å tro at teoretisk sterke kandidater lettere søker seg videre til høgskolene.

Som ledere i virksomhetene i kommunene kan vi påvirke vår organisasjon til å øke antallet lærlingplasser, og tilrettelegge for gode opplæringsarenaer for de som er ute i praksis i våre virksomheter. Det er jo også mulig å påvirke den konkrete utvelgelsen av kandidater til lærlingplassene ved å delta i den rekrutteringsprosessen i egen organisasjon.

### **6.1.6 Om ti år**

Et av spørsmålene i min undersøkelse var om respondentene trodde de jobbet som helsefagarbeider om 10 år. På det spørsmålet svarte 54.8 prosent at de ikke vet om de gjør det. Det er jo ikke lett å besvare hva du gjør om 10 år når du er i begynnelsen av 20-åra. For oss ledere er det viktig å bære bevisst på og ha arbeidsmetoder som gjør at vi beholder de ansatte vi ønsker i vår virksomhet.

Rekruttering er en del av virksomhetens personalplanlegging. Grimsø definerer personalplanlegging som: Utvikling, koordinering og iverksetting av tiltak for å dekke organisasjonenes kvalitative og kvantitative behov for arbeidskraft til enhver tid. Det er viktig å forstå hvorfor medarbeidere slutter i virksomheten. Turnover er et begrep som beskriver personalomsetning innenfor en virksomhet i en gitt periode. (Grimsø 2004)

Grunnen til at jeg trekker dette begrepet inn i oppgaven min er at det finnes et sett av interne årsaker som påvirker turnover i en virksomhet. Her er det mulig for lederen å gjøre en forskjell.

Grimsø peker på følgende interne forhold i en virksomhet som kan være årsak til turnover. For liten utfordring i arbeidet, dårlig ledelse, for liten selvstyring, få eller ingen utviklings- eller karrieremuligheter. Videre trekker hun fram, dårlige lønns og belønningskulturer, mye overtid og generelt dårlige arbeidsforhold. (Grimsø 2004)

De fleste av disse feltene er innenfor det vi ledere jobber kontinuerlig for å forbedre på arbeidsplassene våre. Ved å sette rekruttering inn i virksomhetens personalplanlegging ser vi at en viktig del av denne jobben er å beholde gode medarbeidere.

Ved å se svarene fra respondentene mine opp mot den store undersøkelsen til Ose, og videre se på resultatene opp mot teori kan jeg i dette kapittelet forsøkt å danne et bilde av hvem

helsefagarbeiderlærlingene som besvarte min undersøkelse er, og hvem de ikke er. Jeg har forsøkt å sannsynliggjøre at lederens handlemåte påvirker rekruttering.

## **6.2 Forskningsspørsmål 2: Hvilke forventninger og ønsker har unge helsefagarbeiderlærlinger til arbeidslivet?**

### **6.2.1 Stillingsstørrelse**

I min undersøkelse ønsker 30 prosent seg full stilling mens de resterende 70 prosent ønsket seg en stilling på mellom 50 og 100 prosent. Ingen av respondentene krysset av på at de ønsker seg mindre enn 50 prosent stilling. Det er altså 70 prosent av de unge helsefagarbeiderlærlingene som krysser av på at de helst vil ha en redusert stilling etter endt fagbrev.

Tallene fra min undersøkelse skiller seg ikke nevneverdig fra hvordan respondentene i Ose sin undersøkelse oppgir at de jobber. Der oppgir 27 prosent at de jobber full stilling. 17 prosent at de jobber 80-99 prosent og 49 prosent at de jobber 50-79 prosent. Bare 8 prosent oppgir at de har mindre enn 50 prosent stilling. De finner også at å arbeide deltid både handler om at mange ønsker å jobbe deltid, og at mange ønsker å jobbe mer. Hver fjerde respondent i undersøkelsen til Ose oppgir at de ikke er fornøyd med stillingsstørrelsen sin. De som jobber 100 prosent, er i størst grad fornøyd med stillingen sin. Ose hevder at det betyr at det finnes et overskuddstilbud av fagarbeidere fordi det er så mange ønsker å jobbe mer. Undersøkelsen har ikke beregnet hvor stort dette overskuddet er. (Ose 2009)

For oss som jobber som ledere ute i virksomhetene i kommunene betyr dette at vi må tilby våre helsefagarbeidere stillinger i alle størrelser. Det er viktig at en del av stillingene holdes til 100 prosent, da en stor gruppe ønsker seg full stilling. Det kan se ut som om det er like viktig å kunne tilby gode deltidsstillinger til de av medarbeiderne som ønsker det.

Også Tonje Kjøbner og Åsne Vigran har undersøkt deltidsarbeid i helsevesenet. Deres forskning omfatter leger, sykepleiere og helsefagarbeidere. I deres undersøkelse finner de at to av tre helsefagarbeidere jobber deltid. De trekker også fram andre interessante forhold rundt dette. De peker på at deltids stillinger trolig har et enda større omfang fordi flere av helsefagarbeiderne har flere deltidsstillinger og at de på grunn av samlet arbeidsmengde registreres de som heltidsansatte. De har beregnet at det finnes 64 000 deltidsjobber for

helsefagarbeidere, men bare 55 000 personer som defineres som deltidsarbeidende.

(Samfunnsspeilet nr: 2/2011)

Det Ose i sin forskning benevner som et overskuddstilbud av fagarbeidere, benevner Kjøbner og Vigran som undersysselsatte i sin forskning. Undersysselsatte er sysselsatte på deltid som har forsøkt å få mer arbeid, og som kan starte med økt arbeidstid innen en måned. Nesten halvparten av de undersysselsatte jobber innenfor helse- og sosialtjenester. Kvinnene utgjør det store flertallet, 51 000 av i alt 67 000 undersysselsatte. (Samfunnsspeilet nr: 2/2011)

Bakken har som en av sine endringer for å redde eldreomsorgen at vi må gjøre full stilling og fast jobb til normen. (Bakken 2009) Ut fra annen forskning og teori kan det se ut til at mange jobber deltid helt frivillig og ønsker å ha en redusert stilling.

Utdanningsplaner og stillingsstørrelse påvirker trolig hverandre i min undersøkelse, likevel ser det ut til at ønske om å jobbe mindre enn 100 prosent fordeler seg ganske jevnt på alle utdanningsvalgene. Det som kommer fram når man holder forskning og teori opp mot hverandre er at det er mange faktorer som påvirker hvilken stillingsstørrelse den enkelte ønsker å ha. En stor gruppe ønsker å jobbe i en redusert stilling i perioder i livet. Vi som jobber med å lage gode tjenester til pasienter og brukere i helsevesenet er avhengig av å lage gode arbeidsplasser til de som i helsevesenet for å nå målene våre. En faktor vi kan påvirke og justere er å møte den enkelte arbeidstaker ved å tilrettelegge for at vedkommende kan få den stillingsstørrelsen han eller hun ønsker der de er i livene sine. En individuelt tilpasset stillingsstørrelse ser ut til å være en forventning til arbeidslivet.

### **6.2.2 Påvirkning av turnus**

En turnus er en arbeidsplan som strekker seg over en fastsatt tidsperiode. Den er en avtale mellom arbeidstaker og arbeidsgiver om når den enkelte skal være på jobb i virksomheten. I helsevesenet snakker vi ofte om todelt turnus, det vil si at man jobber dagvakter og aftenvakter, eller tredelt turnus der medarbeideren har sine vakter fordelt på dag-, aften- og nattevakter. Over 75 prosent av respondentene i undersøkelsen min svarte at de var litt eller helt enig i at de ønsket å påvirke turnusen sin. 25 prosent svarer at de verken er enig eller uenig i dette. Det er altså tre av fire som har et ønske om, og en forventning til at de skal få være med på å forme turnusen sin. Som ledere har vi kunnskaper om ordninger som ønsketurnus som gir arbeidstakerne betydelig mer påvirkningskraft på arbeidstidsordningen

sin. Mange virksomheter nedprioriterer kanskje denne noe ressurskrevende måten å organisere turnusen på i en travel lederhverdag. Det kan være et dyrt valg. I Oses forskning finner hun at de med ønsketurnus har lavest sannsynlighet for fravær siste halve år. (Ose 2009)

De unge helsefagarbeiderlærlingene i undersøkelsen min, har gjennom de svarene de ga meg gitt noen hint om hvilke forventninger de har til arbeidslivet sitt. De har et ønske om å få bestemme selv i hvor stor stilling de ønsker å jobbe i forskjellige situasjoner og faser i livet. I perioder ønsker de full stilling og perioder med for eksempel videreutdanning eller studier ønsker de seg redusert stilling. De har en forventning om å få påvirke turnusen sin slik at ulempene i deres liv ved å jobbe til alle døgnets tider blir så små som mulig.

Respondentene i min spørreundersøkelse har altså noen forventninger og ønsker for arbeidslivet sitt. De ønskene er det vi som ledere som kan motta og imøtekomme. Jeg skal i denne delen forsøke å peke på funn i fra min undersøkelse å forstå dem ut fra teori som kan belyse hvordan vi kan møte disse forventningene på en konstruktiv måte.

### **6.2.3 Nærhet til leder og mulighet til å påvirke jobbhverdagen sin**

I min undersøkelse kommer det fram at respondentene skårer høyt på at de lett kan få tak i lederen sin hvis det er behov, respondentene skårer også høyt på at de har mulighet til å bestemme hvilken rekkefølge de gjør arbeidsoppgavene sine i løpet av en dag. De har altså både stor grad av kontakt med leder, og stor mulighet til å bestemme selv.

Det kan indikere at lederen har gjort noen valg. Han eller hun har valgt stor grad av tilstedeværelse og lagt til rette for medbestemmelse. Det å gjøre valg om hvordan vi vil fylle lederrollen gjør alle som er ledere. Den rammene vi gjør disse valgene innenfor kan vi kalle for lederens handlingsrom.

Sissel Trygestad og Inger Marie Hagen beskriver i Fafo rapporten Ledere i den norske modellen, en teoretisk tilnærming til å forstå dette handlingsrommet lederen treffer sine valg innenfor. De peker på at ledelse kan forstås som handlinger i et samspill mellom aktører innenfor institusjonelle rammer og reguleringer. (Trygestad og Hagen 2007)



De som framover skal være ledere for respondentene i min undersøkelse mange forhold de må forholde seg til når de tar sine beslutninger. De avkreves lojalitet til et stramt budsjett. De har arbeidsmiljølov og avtaleverk som trekker opp mange grenser for uortodokse valg. Videre trenger de kunnskaper om hva som er gode valg. De trenger for eksempel kunnskaper om hva som påvirker sykefraværet, hvilke mekanismer som påvirker turnover og viktigheten av en individuelt tilpasset stillingsstørrelse. Innenfor disse rammene, men med kunnskapene, har lederen et rom for å gjøre gode beslutninger og valg.

Grimsø beskriver hvordan dårlig ledelse påvirker personalplanleggingen. Hun peker på at dårlig ledelse hindrer arbeidstakeren i å yte sitt beste og at for mange er den eneste løsningen å slutte i stillingen. Hun hevder at det er de beste som slutter først, for de har best muligheter for nytt arbeid. Når dårlig ledelse er årsaken til at folk slutter hjelper det etter hennes mening ikke å løse problemet med ny rekruttering. Problemet må løses internt før ny rekruttering foretas. (Grimsø 2004)

#### **6.2.4 Lydhør og etisk leder**

I undersøkelsen min var det høye skår på viktigheten av at leder er lydhør for de innspill de kommer med, også påstanden om at det er viktig med en leder som tar spørsmål om etikk på arbeidsplassen alvorlig skåret høyt. Lederen forventes altså å både ta innspill fra de ansatte på alvor ved å fremme medvirkning, samtidig som kloke beslutninger forventes der det ikke klart kommer fram enkle handlingsalternativ. En måte å møte disse forventningene på kan være å se hvilke verdier de representerer. Når vi vet at verdier er ønskede kvaliteter ved handling eller formål, (Aadland, 2004) kan vi forsøke å tolke hvilke verdier som ligger i respondentenes svar. Lydhør kan tolkes som verdien åpenhet, og evne til å ta etiske spørsmål på alvor kan legges inn i verdien reflekterende.

Einar Aadland skriver i sin bok Den truverdige leiaren, om hvordan organisasjonens verdigrunnlag kan presenteres gjennom praktisk handling.

Lederoppgaven i verdibasert ledelse er å ”sette tonen” ved å etablere organisasjonens identitet og visjon. Det handler også om å gjøre medarbeiderne i stand til å gjøre gode selvstendige valg, uten stor grad av detaljstyring og regelverk. Dette fordrer at ansatte har stor grad av ekte lojalitet til organisasjonen, og at de har et stort rom å utfolde seg i. (Aadland 2004)

Ved at lederen jobber for å fremme åpenhet og refleksjon i virksomheten, kan han eller hun forsøke å møte helsefagarbeidernes ønske om lydhøre og etiske ledere.

I Oses undersøkelse kommer det fram at fagarbeidere med gode ledere oftere enn andre er fornøyd med egen evne til å løse problemer på jobben. De føler også i større grad enn andre at det er balanse mellom egne forutsetninger og de fysiske og psykiske utfordringene de møter i jobben. De som er fornøyd med egen leder er også mindre utslitt når de kommer hjem, og andelen uten sykefravær er større blant dem enn andre. (Ose 2009)

Dette er indikasjoner på at vi som ledere med stor grad av sikkerhet bør ta de unge helsefagarbeidernes forventninger til arbeidslivet på alvor å lage gode arbeidsplasser med rom for dem til å vokse som fagpersoner i et viktig yrke.

Videre i denne delen av oppgaven vil forsøke å knytte undersøkelsen min opp mot rekruttering i virksomhetene. Det jeg leter etter er hvordan svarene helsefagarbeiderlærlingene gir, kan gi indikasjoner på hvordan rekrutteringsprosessen i virksomhetene bør foregå.

### **6.2.5 Kjenne leder**

I min undersøkelse spør jeg respondentene om de helst søker jobb der de kjenner leder fra før. Det er ikke en faktor som er viktig for respondentenes valg i en rekrutteringsprosess. Hvis jeg legger sammen helt uenig, litt uenig og verken uenig eller enig, i påstanden om at de helst vil søke jobb der de kjenner lederen får jeg over 80 prosent. Det tolker jeg som et forholdsvis klart svar på at de ikke ser det som viktig å kjenne leder fra før der de søker jobb. For rekrutteringsprosessen i virksomheten kan vi da anta at det er viktig også med eksterne utlysninger når vi har ledige stillinger. For på den måten å fange opp de beste søkerne.

Grimsø tar i sin bok Rekruttering og utvalg av medarbeidere – og arbeidssøkers valg av arbeidsgiver, opp strategier for rekruttering. Hun definerer rekruttering som å tiltrekke kvalifiserte søkere til en stilling. Hvem vi skal rekruttere og hvordan vi skal gjøre det, er viktige strategivalg. Disse valgene kan bare tas i tilknytning til virksomhetens overordnede strategiske mål. Eksempler på strategiske valg som påvirker rekruttering kan være ønsket kostnadsreduksjon, kvalitetsforbedring eller innovasjon som strategi. (Grimsø 2004)

Et bevisst strategisk valg kan være å jobbe for å beholde gode lærlinger som har de egenskapene som ønskes av de ansatte i virksomheten. Selv om det ikke er viktig for lærlingene å ha en personlig relasjon til lederen, skal vi videre se at det er viktig å kjenne arbeidsstedet.

### **6.2.6 Kjenne arbeidssted**

Som svar på påstanden om de ville søke jobb på et av stedene de har jobbet som lærling svarer 73.3 prosent at de er litt eller helt enig i det. Det kan tolkes som et forholdsvis klart svar på at nær en av tre ser det som hensiktsmessig å søke jobb på et av de stedene de har vært utplassert i lærlingperioden. I lærlingtiden er det vanlig at lærlingene har fire perioder av 6 måneder praksis i forskjellige virksomheter. For lederen blir det viktig å rekruttere de lærlingene som fungerer best til sin virksomhet. Ut fra min undersøkelse ser det ut som om det er stor sannsynlighet for at lærlinger som har hatt praksis i virksomheten, dukker opp i søkerbunkene etter endt fagbrev. Det kan altså se ut som om det er viktigere for unge helsefagarbeidere å kjenne arbeidsstedet enn det er å kjenne lederen.

Grimsø hevder også at stillingsannonser har innvirkning på de som allerede kjenner, eller arbeider i virksomheten. Hver gang en ansatt leser bedriftens stillingsannonse, som på en realistisk måte beskriver hva organisasjonen står for og ønsker å oppnå, dens arbeidsmiljø og muligheter, styrkes de ansattes stolthet og positive erfaringer med organisasjonen. (Grimsø 2004:83)

### **6.2.7 Trygghet i full stilling og jobber som helsefagarbeider om 10 år.**

De i min undersøkelse som tror at de jobber som helsefagarbeidere om 10 år skårer også høyt på påstanden om at full stilling gir trygghet og forutsigbarhet. Det kan bety at de som faktisk har tenkt å jobbe som helsefagarbeidere uten å udanne seg videre, er de som ønsker å jobbe i full stilling.

Ved å knytte resultater fra min undersøkelse opp mot teori om rekruttering har jeg forsøkt å sannsynliggjøre at faktorene arbeidstid og erfaring med ledere har innvirkning på rekruttering.

Rigmor Grimsø hevder at lærlingordningen er en viktig del av rekrutteringen til et yrke, og betraktes som en av bærebjelkene i norsk utdanning. Det er i virksomhetenes egeninteresse å ta in lærlinger. Det sikrer virksomhetens tilgang til dyktige medarbeidere, og er en viktig

rekrutteringskilde. Forutsetningen er at bedriften gjør læretiden så interessant at lærlingen ønsker å fortsette. (Grimsø 2004 kapittel 14)

### **6.3 Forslag til tiltak**

Det har vært spennende å motta informasjon fra informantene i undersøkelsen. Hver eneste svarkonvolutt ble i spenning åpnet og svarene lagt inn i SPSS. Når jeg sitter med disse utfylte spørreskjemaene blir jeg litt ydmyk, og føler takknemlighet til disse ungdommene som har brukt tiden sin til å gi meg informasjon som jeg skal bruke i min masteroppgave. Ut fra denne tanken gror et ønske om at svarene de ga meg skal ha en praktisk betydning for hvordan jeg som leder, og andre som meg kan bruke de kunnskapene undersøkelsen indikerte.

Jeg ønsker derfor å skissere fire praktiske tiltak som kan favne noe av det lederen kan bidra med for å påvirke de faktorene på arbeidsplassen som igjen påvirker rekruttering av unge helsefagarbeidere.

#### **Tiltak 1: Ønsketurnus**

Både min studie og andre undersøkelser viser at det er behov for større medvirkning i forhold til medvirkning og påvirkning av turnusordningene. Jeg vil derfor som tiltak nummer en peke på lederens mulighet til å innføre ordninger med ønsketurnus. Innenfor sitt handlingsrom kan lederen uten å tilføre nye økonomiske ressurser finne måter å organisere måten arbeidsplanen settes opp på som i mye større grad ivaretar den enkelte medarbeider sitt behov for å påvirke oppsettet av sin turnus.

I praksis vil det si at man har en fast grunnturnus som behandles som et utgangspunkt, det settes opp noen føringer på hvor mange helger og seinvakter det forventes at hver enkelt ansatt har i løpet av en fastsatt periode fram i tid. Så kan den enkelte medarbeider komme med ønsker om forandringer på grunnturnusen ut fra sine behov. Noen steder praktiseres dette ved at de ansatte selv gjør disse forandringene i grunnturnus sammen i et møte og fordeler arbeidsbelastningen mellom seg.

Slike ordninger kan også tenkes å bidra til å fremme ekte lojalitet til organisasjonen og gi medarbeideren et større rom å utfolde seg i. Det er elementer som kan gjenkjenners fra verdibasert ledelse. Forskningen til Ose viser jo i tillegg at de som jobber i ordninger med

ønsketurnus har mindre fravær enn gjennomsnittet, så det er i tillegg en økonomisk fordel ved dette tiltaket.

## **Tiltak 2: Kartlegge ønsket stillingsstørrelse**

I min undersøkelse kommer det fram at 70 prosent ønsker å jobbe mindre enn 100 prosent stilling etter endt fagbrev. Også annen forskning bekrefter at det er en stor del av helsefagarbeiderne som er fornøyd med å jobbe i redusert stilling. Det som er viktig er at de selv kan påvirke hvor stor stilling de har. På den måten kan de jobbe mer i perioder av livet de har kapasitet og ønske om det.

Medarbeidersamtalen er en del av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet som hjemles i Arbeidsmiljølovens Kapittel 3. Mange virksomheter velger å legge den inn som en prosedyre i sin internkontroll, med fast medarbeidersamtale en gang i året.

Mitt forslag til tiltak er å benytte en del av den årlige samtalen mellom medarbeider og nærmeste leder til å kartlegge hvor stor stilling den enkelte ser på som optimalt for seg i sin livssituasjon. Det er vanlig at medarbeidersamtalen følger et oppsett som virksomheten velger. Ved å innlemme en kartlegging i av ønsket stillingsstørrelse i dette oppsettet har lederen mulighet til å skaffe seg oversikt over medarbeidernes ønsker.

Ved en systematisk kartlegging av hvor stor stillingsprosent den enkelte ønsker seg kan lederen skaffe seg oversikt over det overskuddet av arbeidskraft som finnes blant de som er ansatte i virksomheten. Det blir også sentralt å jobbe for å møte den enkelte ansatte sitt ønske på stillingsprosent. Både de som ønsker å jobbe mer, og de som har et ønske om å redusere.

Siden medarbeidersamtalen i mange virksomheter fungerer godt, og er en innarbeidet del av årshjulet, kan lederen innenfor de rammene som alt er til rådighet bruke den anledningen til å skaffe seg kunnskaper om den enkelte medarbeideres ønske om stillingsprosent. Systematisk arbeid for å øke andelen av ansatte med ønsket stillingsprosent, kan trolig påvirke rekruttering positivt.

### **Tiltak 3: Involver lederne i virksomhetene i rekrutteringsprosessen av lærlinger**

Som et tredje tiltak ønsker jeg å sette fokus på hvor i organisasjonen arbeidet med helsefagarbeiderlærlingene legges i kommunene. Erfaringsmessig kan dette arbeidet ligge perifert fra ledene i enhetene som faktisk produserer tjenester for innbyggerne.

Jeg ønsker i større grad å knytte ansvaret for utvelging og oppfølging av lærlingene opp mot de som skal ansette lærlingene i virksomhetene etter endt fagbrev. Det er de som innenfor sitt handlingsrom kan påvirke de faktorene som er viktige for lærlingen rundt på praksisplassene. De vet hvilke egenskaper de ønsker hos fremtidige arbeidstakere og hvilke ferdigheter og kunnskaper som må læres inn.

Et større ansvar for lærlingene hos lederne i virksomhetene kan også fremme engasjement for å øke antallet lærlinger ettersom behovet for faglært arbeidskraft vil stige framover.

### **Tiltak 4: Større bevissthet på menns arbeidsmiljø i eldreomsorgen.**

Som et fjerde tiltak foreslår jeg en større bevissthet på arbeidsmiljøet lokalt for menn som velger å jobbe som helsefagarbeidere i sykehjem.

Hvis Bakkens teori om at menn i pleieyrkene behandles som rotete eller seine i en homogen kvinnekultur, er det forhold lederen bør være oppmerksom på å jobbe mot.

Hvis vi anerkjenner at det er viktig for brukerne våre at pleiere av begge kjønn har en viktig rolle i eldreomsorgen blir det en lederoppgave å lage gode arbeidsplasser for alle uavhengig av kjønn. For å oppnå gode arbeidsplasser for både menn og kvinner i eldreomsorgen kan det hende det er behov for å sette inn tiltak for å kompensere for den store forskjellen i antallet ansatte kvinner og menn.

Kunnskapene om at menn har en spesiell utfordring på arbeidsplasser med mange kvinner gir lederen muligheter for å ta tak i de utfordringene og gjøre dem mindre. En bevisstgjøring av alt personale om fordelene både for arbeidsmiljø og pasientbehandling av begge kjønn i medarbeidergruppen kan være en start. Diskusjoner om kjønnskvoltering med fordel for menn til lærlingplasser og stillinger kan være et tema.

## **6.4 Begrensninger i oppgaven**

Denne oppgaven har blitt til gjennom det sist året på verdibasert ledelse på Diakonhjemmets høgskole. Gjennom en prosess med individuell veiledning og gruppeveiledning har jeg gjennomført et forskningsprosjekt på et praksisrelatert emne som interesserer og engasjerer meg. Det at min oppgave befinner seg så nært opp mot jobbhverdagen min, kan medføre at mitt engasjement for temaet har kommet sterkt fram. Jeg har hele tiden forsøkt å være bevisst på det og fokusere på oppgavens hensikt og problemstilling

Når man jobber seg mot slutten av en oppgave ser man opplagte ting som kunne vært gjort på en annen måte ved et nytt prosjekt. I min oppgave vil jeg trekke fram omfanget av undersøkelsen min som med fordel kunne vært større. Det hadde gitt data fra undersøkelsen større tyngde og åpnet opp for å hevde at mine funn representerte sannheten i feltet. Jeg har forsøkt å ta konsekvensene av at datagrunnlaget fra undersøkelsen min kunne vært større og kompensert det med å presentere forskning med større datagrunnlag som sammenlikningsgrunnlag.

Det er også forhold til rekruttering jeg bevisst har valgt å ikke komme inn på. Forhold rundt etnisk tilknytning hos helsefagarbeiderlærlingene spurte jeg ikke om. Det ville sette større krav til ekstern kontroll av undersøkelsenes validitet enn jeg fant hensiktsmessig. Det ville kreve søknadsplikt hos datatilsynet. Det har igjen ført til at jeg ikke har diskutert arbeidsinnvandring som løsning på personellutfordringer i eldreomsorgen.

En annen bevisst grenseoppgang for denne oppgaven er at mitt fokus på eldreomsorgen i sykehjem. Den største delen av helsetjenester for eldre ytes i hjemmet. Jeg har valgt å ikke fokusere på den institusjonsbaserte delen av eldreomsorgen, uten på noen måte å underkjenne viktigheten til hjemmetjenesten.

## **6.5 Fremtidig forskning**

Mitt fokus i oppgaven har vært å forfølge problemstillingen min gjennom hele fremstillingen. Når jeg har jobbet med mine forskningsspørsmål har det dukket opp spennende sidespor som kunne vært kjempespennende å forfølge videre. Her får jeg mulighet til å presentere noen av dem likevel, som innspill til andre som ønsker å bygge videre på mine og andres tankerekker.

Menn i helsefagene. Hvem er de? Hvorfor har de tatt sine yrkesvalg?

Unge helsefagarbeideres forventninger til arbeidslivet opp mot andre fagarbeidergrupper som rørleggere, frisører og gartnere.

Hvor stor stillingsstørrelse har helsefagarbeidere opp mot hvor stor stilling de ønsker seg. Det hadde vært spennende å forske på bruk av ulike arbeidstidsordninger som arbeidsverktøy for å minske bruken av ufrivillig deltid.

## **6.6 Teoretisk betydning**

Jeg har med hensikt valgt en praktisk tilnærming til teori og empiri i denne oppgaven. Undersøkelsen jeg har gjort og måten jeg har presentert svarene i den, er også valgt for å holde fokus på en praktisk tilnærming med lederens mulighet til å påvirke. Jeg har valgt å legge stor vekt på de indikasjonene de unge helsefagarbeiderne gir på hvordan de ønsker lederen skal jobbe. Det er ikke så mange som før har fokusert på unge helsefagarbeiderlærlingers ønsker for arbeidslivet og hvordan ledere i praktisk hverdag kan møte og håndtere disse. Noen spennende tankerekker har kommet fram mellom mine data, andres data og en teoretisk tilnærming.

## **6.7 Oppsummering av diskusjon**

I diskusjon av resultatene har jeg sett mine funn opp mot teori og empiri. Ved å gå gjennom forskningsspørsmålene har jeg forsøkt å belyse problemstillingen min ved å lete etter hvilke forventninger og ønsker de har til arbeidslivet. Det gir igjen indikasjoner på hvordan vi som ledere kan møte dem på en bedre måte på arbeidsplassen. Ved en forsknings og kunnskapsbasert tilnærming til helsefagarbeiderlærlingene kan vi som ledere være med på å påvirker rekruttering av unge helsefagarbeidere på en positiv måte.

På forskningsspørsmål 1: Hvem er helsefagarbeiderlærlingene som har besvart undersøkelsen? Forsøker jeg å danne meg et bilde av hvem respondentene er, og hvem de ikke er. Alle respondentene er unge kvinner. Det at så få menn velger å bli helsefagarbeidere er en utfordring i forhold å rekruttere nok kvalifisert arbeidskraft og i tillegg en utfordring for de få som faktisk velger å jobbe i en så homogen kvinnekultur. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet blir en faktor i forhold til problemstillingen.



Jeg analyserer også de data jeg har i forhold til planer videre. 58.1 prosent oppgir at de har lyst til å jobbe med eldre på sykehjem. I løpet av respondentenes yrkesliv vil behovet for deres kompetanse trolig presse opp prisen på arbeidskraften deres fordi volumet i tjenestene vil øke raskt. Økning i behovet for faglært arbeidskraft blir en faktor i forhold til problemstillingen.

Over 80 prosent av respondentene ser for seg at de skal ta videre utdanning i en eller annen form. Evnen til å legge til rette for det i virksomhetene og kunnskaper om hvordan profesjonene kan jobbe bedre sammen blir en faktor på arbeidsplassen i forhold til rekruttering.

I forskningsspørsmål 2: Hvilke forventninger og ønsker har unge helsefagarbeiderlærlinger til arbeidslivet, så jeg at 70 prosent av mine respondenter ønsker å jobbe redusert stilling etter endt fagbrev. Også Ose sin undersøkelse med nær 10 000 tusen respondenter, viser at 73 prosent jobber deltid, tre av fire av hele hennes utvalg er fornøyd med sin stillingsstørrelse.

Det å tilpasse stillingsstørrelser til den enkeltes ønske slik at vi får utnyttet den arbeidskraften som allerede eksisterer, blir en faktor i forhold til rekruttering videre. Virksomheter som er gode på slik tilrettelegging vil også trolig ha en fordel i kampen om arbeidskraften.

Mer enn tre av fire av respondentene ønsker å påvirke turnusplanen de går i. En forventning om at leder åpner for muligheter for reel medvirkning på turnus, kan bli en faktor som påvirker rekruttering til virksomheten.

De unge helsefagarbeideres forventninger og ønsker til arbeidslivet kan påvirke oss som er ledere i helsevesenet. Ser jeg at lederen handlingsrom, altså de valg lederen kan gjøre innenfor de juridiske og økonomiske rammene han har, og de aktørene han har rundt seg, kan få følger i en rekrutteringsprosess. Måten vi jobber med lærlingene i virksomheten er en faktor som kan påvirke rekruttering av unge helsefagarbeidere.

I diskusjonsdelen av oppgaven skisserer jeg også fire mulige konkrete tiltak lederen kan gjøre for å påvirke faktorene fra problemstillingen.

1: Ønsketurnus

- 2: Kartlegging av ønsket stillingsprosent som en del av medarbeidersamtalen.
- 3: Større ansvar for lærlingene desentraliseres til lederne i virksomhetene.
- 4: Større bevissthet på tilrettelegging av arbeidsmiljøet lokalt for menn som velger å jobbe i eldreomsorgen.

Begrensninger i oppgaven kan være at et større antall respondenter i undersøkelsen min hadde åpnet for større mulighet for generalisering av innsamlede data. Videre har jeg valgt å ikke kartlegge etnisitet i undersøkelsen, og heller ikke diskutere arbeidsinnvandring. Jeg har også i hovedsak diskutert eldreomsorg i institusjon uten å underkjenne at den største delen av eldreomsorg i Norge skjer i hjemmene.

## 7.0 Konklusjon

Temaet for denne oppgaven har vært lederens mulighet til å påvirke rekruttering av helsefagarbeidere til norsk eldreomsorg, gjennom konkrete tiltak ute i sine virksomheter. Studiets formål har vært å skaffe kunnskaper om helsefagarbeiderlærlingenes forventninger og ønsker til arbeidslivet og lederne sine muligheter for å møte disse.

Ved å belyse faktorer på arbeidsplassen som påvirker rekruttering og hvordan lederen kan påvirke disse faktorene, har jeg forsøkt å komme med noen konkrete innspill i forhold til hvordan vi som ledere i kommunale virksomheter kan møte utfordringen med å rekruttere helsefagarbeidere framover.

Jeg valgte å bruke en kvantitativ undersøkelse med spørreskjema på en gruppe helsefagarbeiderlæringer for å få inn data til min undersøkelse. De delte på den måten sine fremtidsplaner, forventninger til arbeidslivet og bakgrunnsopplysninger med meg. Disse opplysningene har jeg presentert og diskutert opp mot teori og empiri.

Helseledelse handler om å lage gode arbeidsplasser innenfor juridiske og økonomiske rammer som gir medarbeiderne rom for å produsere gode tjenester for pasienter og brukere av helsevesenet. Der er lederens handlingsrom. Der kan vi som ledere påvirke utviklingen. Først og fremst lokalt i den virksomheten vi er ansatt, men også i den kommunen eller organisasjonen vi er en del av. Vi kan også påvirke de som fatter beslutninger over oss. Ved å gi toppledere og politikere fakta knyttet opp til konkrete handlingsalternativ kan vi være konstruktive deltakere i en positiv endringsprosess.

Undersøkelsen min viser at de unge helsefagarbeiderne ønsker å ha en stillingsstørrelse som er tilpasset dem og som kan heves og senkes. De ønsker å påvirke turnusen de går i. De ønsker seg ledere som er tilgjengelige og tar etikk på arbeidssstedet på alvor. Mennene som velger å bli helsefagarbeidere kan ha problemer i en homogen kvinnekultur. Dette er forhold som lederen kan jobbe for å bedre. Dette kan vi ta tak i, og implementere bedre strategier for å løse, innenfor de økonomiske og juridiske rammene vi har.

## Litteraturliste

Bakken, R. (2009). *Englevakt. Rekruttering til en eldreomsorg i krise*. Oslo: Forlaget Manifest AS.

Bolman, L.G. og Deal, T.E. (2004). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Bjørndal, A og Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Colombo, F. (May 2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing. ISBN: 9789264097759. <http://www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted>

Drake, I. og Solberg, A.G. (1995): *Kvinner og ledelse – gjennom glasstaket?* Oslo: Tano

Eide, T. og Aadland, E. (2008): *Etikkhåndboka*. Oslo. Norsk kommuneforlag.

Fagforbundet.no. *Informasjonsark om kunnskapsløftet*  
<http://www.fagforbundet.no/nettkart/nettkart/?pageId=3042>

Frøseth, M.W. Hovdhaug, E. Høst, H. og Vibe, N. *En, to...tre? Den vanskelige overgangen. Evaluering av Kunnskapsløftet. Fra andre til tredje år i videregående opplæring*. Rapport 21/2010. Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.

Gilje, N. og Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger: Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grimlø, R.E. (2004). *Rekruttering og utvalg av medarbeidere – og arbeidssøkers valg av arbeidsgiver*. 2.utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Helsedirektoratet. (03/2009). *Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen*.

Helsedirektoratet.no. *Tilgang og behov for helse- og omsorgspersonell*  
<http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/rekruttering- kompetanse>

Høgvold-Iversen, M. *Kampen om skittarbeidet*. (2008). Masteroppgave ved institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo.

Johannessen, A., Kristoffersen, L. og Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*. 4.utgave. Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Oslo: Fagbokforlaget.

Martinsen, Ø.L. (2004). *Perspektiver på ledelse*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademiske.

Meld. st. 13 (2011- 2012) *Utdanning for velferd Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Nordhaug, O. (2002). *Strategisk personalledelse*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Ose, S.O. m.fl. (2009) *Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner*. Trondheim: Sintef-rapport A 12594

Samfunnspeilet 2 – 2011. Statistisk sentralbyrå.

Stortingsmelding nr. 26 (1999- 2000) *Om verdier i den norske helsetjenesta*

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*

Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Texmon, I. og Stølen, N.M. *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008*. Rapport 2009/9. Statistisk sentralbyrå.

Trygstad, S.C. og Hagen, I.M. *Ledere i den norske modellen*. Fafo-rapport 2007:24.

NTB i Tønsbergs Blad 26. mai 2011.

Aadland, E (1991): *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo. Det Norske Samlaget.

Aadland, E (2004): *Den truverdige leiaren*. Oslo. Det Norske Samlaget.

Aadland, E (2006): *Verdibasert ledelse i praksis. En studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH*. Oslo: HSH / Diakonhjemmets Høgskole.

## Vedlegg 1

(Følgebrev til spørreundersøkelsen)

### **Kjære helsefagarbeiderlærling!**

Ved siden av spennende jobb tar jeg et masterstudium i Verdibasert ledelse. I den forbindelse gjør jeg en undersøkelse om rekruttering av helsefagarbeidere. Dette skjemaet er sendt til deg, og svarene du gir vil danne grunnlag for ny kunnskap om helsefagarbeidere.

Studien er veiledet av høgskolelektor og studieleder Leif Stapnes ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo, og deles ut etter avtale med leder og veileder på Fagopplæringskontoret.

For å gi undersøkelsen vitenskaplig troverdighet er det viktig at svarprosenten blir så stor som mulig.

### **Ditt svar teller!**

Alle opplysninger du oppgir i undersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne enkeltinformanter i materialet. Deltakelse i undersøkelsen er frivillig.

Utfylling av skjemaet tar ca 10 minutter og jeg ber deg **fylle ut skjemaet i dag og sende det tilbake utfylt til meg i vedlagt returkonvolutt.**

Har du spørsmål om undersøkelsen eller spørreskjema kan du kontakte meg på telefon 905 67 731, eller på e-post: [gullid@online.no](mailto:gullid@online.no)

Med vennlig hilsen

Gullik Dokken

Mastergradsstudent i verdibasert ledelse

## Vedlegg 2

# Spørreskjema: Rekruttering av helsefagarbeidere

## Hvem er helsefagarbeiderlærlingen?

### A. Bakgrunn

1. Alder:
- 1  Under 18 år
- 2  18 – 20 år
- 3  21 – 23 år
- 4  24 – 30 år
- 5  30 år +
2. Kjønn
- 0  Mann
- 1  Kvinne

### Utdanningsplaner:

3. Har du planer om videre utdanning etter at du har tatt fagbrev som helsefagarbeider?
- 1  Nei jeg har ikke planer om videre utdanning
- 2  Ja, jeg skal ta videreutdanning for helsefagarbeidere
- 3  Ja, jeg skal ta et annet yrkesfag.
- 4  Ja, jeg skal bli sykepleier
- 5  Ja, jeg skal ta en annen høgskole/universitets utdanning. Spesifiser:
4. Hvor stor stilling ønsker du å jobbe i etter endt lærlingetid?
- 1  100%
- 2  Mellom 50% og 100%
- 3  Mindre enn 50%

### Arbeidsplaner:

5. Hvilken brukergruppe har du mest lyst å jobbe med etter at du har tatt fagbrev som helsefagarbeider?
- 1  Eldre på sykehjem
- 2  Mennesker med psykiske lidelser
- 3  Mennesker med psykisk utviklingshemming
- 4  Hjemmetjenesten
- 5  Barn og unge
6. Tror du at du jobber som helsefagarbeider om 10 år?
- 1  Ja
- 2  Vet ikke
- 3  Nei



## B. Arbeidstid

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til arbeidstid. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
7. Det er viktig for meg å få en fast stilling etter endt fagbrev.	1	2	3	4	5
8. For at jeg skal bli i jobben som helsefagarbeider er det viktig å jobbe 100% stilling.	1	2	3	4	5
9. Det er ikke så viktig om jeg har fast stilling.	1	2	3	4	5

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til turnusarbeid. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
10. Det er greit for meg å jobbe hver andre helg fast hvis det gir meg større stillingsprosent fast.	1	2	3	4	5
11. Jeg liker å jobbe helger.	1	2	3	4	5
12. Jeg ønsker meg en jobb uten kvelds- og helgevakter.	1	2	3	4	5

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til muligheter for å påvirke arbeidstid og turnus. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
13. Jeg ønsker å påvirke oppsettet av turnusen min.	1	2	3	4	5
14. Jeg har ofte behov for å bytte vakt for å kombinere jobb og fritid.	1	2	3	4	5
15. Jeg har mulighet til å påvirke turnusen min.	1	2	3	4	5

## C. Stillingsstørrelse

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til stillingsstørrelse. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
16. Det er en fordel for beboerne / brukere at vi pleiere jobber i store stillinger.	1	2	3	4	5
17. Det er en fordel for oss som jobber at det er flere store stillinger.	1	2	3	4	5
18. Det er greit at vi er færre på jobb når alle går fulle vakter.	1	2	3	4	5

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til **ønsket** stillingsstørrelse. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
<b>19.</b> Mindre fast stilling gir større fleksibilitet til å jobbe mindre i perioder.	1	2	3	4	5
<b>20.</b> Det er en ulempe å jakte på ekstravakter.	1	2	3	4	5
<b>21.</b> Å ha en full stilling gir trygghet og forutsigbarhet.	1	2	3	4	5

#### D. Opplevelse av faganseelse

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til faganseelse. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
<b>22.</b> Jeg er stolt over å være helsefagarbeiderlærling	1	2	3	4	5
<b>23.</b> Jeg vil anbefale andre å bli helsefagarbeidere	1	2	3	4	5
<b>24.</b> Yrket helsefagarbeider har et godt omdømme.	1	2	3	4	5

#### E. Forventninger til nærmeste leder

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til ledelse. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
<b>25.</b> Det er viktig for meg at lederen er lydhør for de synspunktene jeg kommer med.	1	2	3	4	5
<b>26.</b> Jeg søker helst på en jobb der jeg kjenner lederen.	1	2	3	4	5
<b>27.</b> Det er viktig for meg at lederen tar spørsmål om etikk på arbeidsplassen alvorlig.	1	2	3	4	5

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til forventninger til lederen. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
<b>28.</b> Lederen gir klart uttrykk for hva som forventes av meg på jobben.	1	2	3	4	5
<b>29.</b> Lederen gir meg tilstrekkelig tilbakemelding på jobben jeg gjør.	1	2	3	4	5
<b>30.</b> Det er lett å få tak i lederen når jeg har behov for å snakke med han eller henne.	1	2	3	4	5

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til mulighet for påvirkning. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
<b>31.</b> Jeg har mulighet til påvirke hvilke oppgaver jeg får på jobben.	1	2	3	4	5
<b>32.</b> Jeg har mulighet til å bestemme i hvilken rekkefølge jeg gjør oppgavene i løpet av en dag.	1	2	3	4	5
<b>33.</b> Jeg opplever at jeg har nok tid til å gjøre jobben i løpet av dagen.	1	2	3	4	5

## F. Dine planer videre

Nedenfor er det formulert tre påstander knyttet til dine ønsker for yrkeslivet. Sett ring rundt tallet som passer best.

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
<b>34.</b> Jeg vil søke stilling et av de stedene jeg har jobbet som lærling.	1	2	3	4	5
<b>35.</b> Jeg trives i jobben som helsefagarbeider.	1	2	3	4	5
<b>36.</b> Jeg er sikker på at jeg har valgt rett fag for meg.	1	2	3	4	5

Nedenfor er det formulert seks påstander knyttet til dine planer videre. Sett ring rundt tallet som passer best. (For å utdype spørsmål 5)

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
<b>37.</b> Jeg har lyst til å jobbe med eldre på sykehjem.	1	2	3	4	5
<b>38.</b> Jeg har lyst til å jobbe med mennesker med psykiske lidelser.	1	2	3	4	5
<b>39.</b> Jeg har lyst til å jobbe med mennesker med psykisk utviklingshemming.	1	2	3	4	5
<b>40.</b> Jeg har lyst til å jobbe i hjemmetjenesten.	1	2	3	4	5
<b>41.</b> Jeg har lyst til å jobbe med barn og unge.	1	2	3	4	5
<b>42.</b> Jeg har ikke planer om å jobbe direkte med mennesker.	1	2	3	4	5

**Takk for at du tok deg tid til å fylle ut spørreskjemaet, legg det i returkonvolutten og postlegg det i dag.**

**Med vennlig hilsen**

**Gullik Dokken**

Mastergradsstudent i verdibasert ledelse

### Vedlegg 3



Som takk for at du bruker tiden din på å svare på min undersøkelse ønsker jeg å gi deg muligheten til å være med i trekningen på et gavekort på **500 kroner** på Farmanstredet i Tønsberg.

Skriv navnet ditt her, putt det i konvolutten merket GAVEKORT, og legg denne ved i returkonvolutten.

Da er du med i trekningen!

Navn:

Adresse: