

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

BE311E

Navn på kandidat:

Tore Solheim

It is mine, I tell you. My own. My precious!

Kunnskapsdeling i organisasjoner

Dato: 20.06.16

Totalt antall sider: 64

Forord

Denne oppgaven er avslutningen på mitt studium, Master i Helseledelse, ved Nord Universitet, Handelshøyskolen i Bodø. Studiet er en Master executive, og er opprettet i samarbeid med Helse Nord RHF, som også finansierer studiet. Oppgaven er skrevet våren 2016, og teller for 30 studiepoeng.

Jeg ønsker å takke en rekke personer og organisasjoner for muligheten jeg har fått med å gå dette studiet. Først og fremst vil jeg takke Helse Nord og Nord Universitet for et flott studieprogram, som er skreddersydd til hverdagen vi møter etter studiet. Jeg må takke Nordlandssykehuset ved Psykisk Helse- og Rusklinikken for å tillate meg å søke på studiet, med alt det innebærer av fravær og kostnader.

Videre må jeg takke mine informanter, tidligere studenter ved Master i Helseledelse, for deltagelse og muntlige innspill og betraktninger underveis! Min veileder, Inger Johanne Pettersen bør få en stor takk, da det sannsynligvis fører til magesår og angstnevrose av å være veileder til en kandidat som er kronisk på etterskudd ...

Jeg vil takke mine medstudenter, en fantastisk gjeng, som har vært helter om dagen og helter om natta! Det sosiale nettverket vi har knyttet i tillegg til all kunnskapsdelingen som har foregått, vil være til stor nytte i min videre karriere og profesjon.

Til sist vil jeg takke kone og barn, som har sett lite til meg i perioder, og holdt ut med en stresset mann/far som roter med ark og bøker overalt, fremfor å bli med på telttur og brenne bål. Til sommeren lover jeg dere mange turer!

Bodø, 20 Juni 2016

Tore Solheim

Sammendrag

Ved å lage denne masteroppgaven ønsker jeg å belyse hvorfor kunnskapsdeling i kunnskapsorganisasjoner er et viktig fokusområde. Sykehus er åpenbare kunnskapsorganisasjoner, hvor ressursene som skal sørge for måloppnåelse; behandle og kurere pasienter, stort sett ligger mellom ørene på de som jobber i sykehusets mange avdelinger. Slike kunnskapsarbeidere må inngå i en kontinuerlig prosess med nye data og informasjon, som de kan bearbeide og transformere til kunnskap og kompetanse. Veien til kompetanse er lang, men viktig for å kunne yte best mulig tjenester til pasientene. For helseledere er det også viktig å utvikle kunnskap og kompetanse, som ledere av kunnskapsarbeidere.

Jeg har tatt utgangspunkt i en opplevelse av mangelfull kunnskapsdeling i egen organisasjon, og har ut fra dette satt opp problemstillingen:

«Hvordan brukes, etterspørres og deles kunnskap som erverves gjennom studiet Master i Helseledelse?»

Jeg har da tatt utgangspunkt i eget studium, og har gjort en spørreundersøkelse på tidligere studenters opplevelse av kunnskapsdeling. Jeg har delt kunnskapsdeling inn i tre kategorier, hvor man ser på omgivelsenes etterspørsel etter kunnskap, den enkeltes deling av kunnskap og aktiv bruk av kunnskapen i en jobbkontekst. I tillegg har jeg sett på bruken av fagnettverk og læringsnettverk som verktøy for kunnskapsdeling.

Jeg finner at studenter ved Master i Helseledelse er godt tilfredse med studiet og studiets relevans for videre karriere, og at studiet fremstår som karrierebyggende. Når det gjelder kunnskapsdeling av deres kunnskap fra studiet, er det litt varierende resultater, spesielt i hvor stor grad leder etterspør kunnskap og utnytter kompetansen til den enkelte.

Det kan derfor virke som studiet Master i Helseledelse oppfyller det formål som er satt, at det tilfører Helse Nord kompetanse innenfor ledelse, og økonomi.

Videre mener jeg det bør fokuseres på kunnskapsdeling i organisasjonene, slik at investeringen som er gjort på disse relativt få studentene, kan komme en større del av organisasjonen til nytte. Ut fra Helse Nord's allerede store bruk av fagnettverk, kan det kanskje foreslås et fagnettverk for ledere i lavere nivåer, for å øke deres deling av kunnskap innenfor ledelse?

Abstract

By doing this master thesis, I want to emphasize the importance of sharing knowledge within knowledge organizations, and that it needs to be a continuous focus area in the organization. Hospitals are obvious knowledge organizations, where the resources that ensures the goal achievement; treating and curing patients, mainly lies between the ears of the workers. Such knowledge workers must be in a constant process by receiving new data and information, that they can process and transform into new knowledge and competence. This goes for the leaders of hospitals as well, they need to develop the same competence as the workers, only in healthcare leadership, not patient treatment.

I have experienced a shortcoming of knowledge sharing in my own organization, and have from that expressed the following research question:

«How is knowledge acquired from the study Master i Helseledelse used, requested and shared in the organizations within Helse Nord? »

I have done research on the study I'm currently finishing myself, and have done a questionnaire on former students' experience of knowledge sharing. I have further broken knowledge sharing into three components; one that addresses the surroundings' request for knowledge, one regarding the knowledge owners own sharing of knowledge, and one whether the knowledge is used in a leader setting. I have further looked upon the use of professional networking and learning networking as possible tools for further knowledge sharing.

In my material, I find that students at Master i Helseledelse are well satisfied with their study and the study's' relevance for their further career. The study seems to qualify leaders, and the majority of the students have acquired more leader responsibility after the study. When we address the sharing of their knowledge from the study, there are some varying results, especially in what degree their leader requests their knowledge and exploits their competence.

It may therefore seem that the study Master i Helseledelse fulfills the purpose it is set to, it adds relevant competence within leadership and economics to Helse Nord and its organizations.

Further I think it should be increased focus on knowledge sharing within Helse Nord's organizations, so this competence can reach out to more employees. The already active use of knowledge networks may be a suggestion to use to low grade leaders, to increase their sharing of leadership knowledge

Innholdsfortegnelse

It is mine, I tell you. My own. My precious!	0
Innholdsfortegnelse	iv
1.0 Innledning.....	1
1.1 Personlig bakgrunn oppgaven	1
1.2 Tematisk bakgrunn for oppgaven.....	2
1.3 Problemstilling og begrepsavklaring.....	3
1.4 Oppgavens struktur	4
2.0 Teori	5
2.1 Innledning.....	5
2.2. Historisk bakteppe.....	7
2.3 Kunnskapsorganisasjoner	10
2.4 Kunnskapsledelse	11
2.5 Kunnskapsdeling	14
2.6 Fagnettverk som metode	15
2.7 Psykologisk teori	16
3.0 Metode.....	19
3.1 Generelt – tematisk tilnærming	19
3.2 Forskningsdesign – valg av metode	19
3.3 Spørreundersøkelse	20
3.4 Validitet.....	22
3.4.1 Intern validitet	22
3.4.2 Ekstern validitet.....	22
3.5 Reliabilitet	23
3.6 Mitt ståsted i forhold til forskningen.....	23
4.0 Empiri.....	25
4.1 Presentasjonsmåte av data	25
4.2 Egen undersøkelse - Primærdata	25
4.3 Resultater fra spørreundersøkelsen - enkeltspørsmål	26
4.4 Data fra tidligere undersøkelse - Sekundærdata.....	30
5.0 Analyse og funn	32
5.1 Demografiske forskjeller.....	32
5.1.1 Forskjeller mellom foretak	32
5.1.2 Forskjeller mellom kjønn	34
5.1.3 Forskjeller mellom profesjoner	35
5.2 Etterspørsel, bruk og deling av kunnskap - Kunnskapsledelse	36
5.3 Fagnettverk.....	38
5.4 Psykologiske faktorer	38
5.5 Andre, frittstående observasjoner	39
5.6 Fritekstkommentarer	39
6.0 Konklusjon og vurdering.....	40
Vedlegg	43
Appendix 1 – Søylediagrammer/frekvenser fra egen undersøkelse.....	44
Appendix 2 - Søylediagrammer/frekvenser fra HHB's undersøkelse.....	53
Appendix 3 - Spørreskjema i tekstformat	58

1.0 Innledning

1.1 Personlig bakgrunn for oppgaven

«Jeg var kommet inn på studiet i Master i Helseledelse, kry som en hane, over å ha blitt valgt ut som en av kun fem deltagere fra Nordlandssykehuset, og som nest yngste student på hele kullet. Engasjert og inspirert, ville jeg involvere meg i klinikkens utvikling, og jeg hadde mange gode tanker om hva som kunne gjøres annerledes. Jeg var ambisiøs og klar!

Møtet med arbeidshverdagen etter de første studiesamlingene ble noe helt annet enn det jeg hadde forestilt meg. Sjefen min var irritert over at jeg hadde vært borte i tre dager, mine arbeidsoppgaver sto og ventet på overtid. Pasientene mine lurte på hvor jeg var, og om jeg ikke kunne holde meg på avdelingen når det var så mye å gjøre. Kursavdelingen var mer opptatt av å finne rette koder på reiseregningen jeg sendte inn, og dermed gikk den frem og tilbake mange ganger i internposten før jeg omsider fikk refundert mine utgifter. Eneste positive responsen jeg fikk var fra klinikkens sjef. Hun utnevnte meg til leder i en prosjektgruppe som skulle utrede et rekrutteringsproblem i klinikken. Riktignok ble rapporten liggende i en skuff hos ledelsen etter den var ferdig produsert, men men.

Jaja, tenkte jeg, dette er en del av systemet jeg ønsker å forbedre, dette er eksempler på hvordan systemet ikke fungerer som det bør! Bare vent til jeg får litt ledig tid, og kan sette meg ned og diskutere med kollegaer og ledere, da blir de sikkert engasjert og positive til at jeg studerer.

Tiden kom, og jeg forsøkte å fortelle om mitt studium til mine kollegaer. En del av reaksjonene jeg fikk har i ettertid vist seg å være noe flere andre i samme organisasjon har opplevd. Mine venner og kollegaer rynket på nesen og kom med kommentarer som var «...åja, så nå skal du bli sjef, og bestemme over oss andre...», «...har du virkelig tid til det der, du som ikke engang er ferdig klinisk spesialist?» og «så du har ambisjoner om å bestemme over andre»

Jeg forsto ikke først hvorfor det var slike negative reaksjoner, men det har fulgt meg fra tilskuerplass i bakhodet i etterkant. En av årsakene kan ha vært at jeg fremsto som en trussel ovenfor mine med-ansatte, fordi jeg tilegnet meg en kunnskap som de ikke hadde, og jeg kunne dermed få fortrinn i en intern kamp om makt og posisjon. Kunnskap var makt, og i en

organisasjon i omstilling og nedskjæring, kan en slik fordel oppleves som en trussel for de som ikke har den!

I tillegg fikk jeg en opplevelse av at mine ledere ikke ønsket denne kunnskapen, og at min utdanning ikke var nyttig for dem. De fokuserte på at jeg tok en kostbar utdanning som gjorde at jeg var borte fra jobb og jeg fikk et klart inntrykk av at dette ikke var ønsket, i hvert fall ikke når jeg ikke var i en formell lederposisjon i det daglige. De ga klart uttrykk for at det ikke var behov å sende flere leger på denne utdanningen.

De neste studiesamlingene snakket jeg med medstudenter som hadde opplevd helt andre måter å bli møtt på, og jeg fattet allerede da interesse for hvorfor det er slike forskjeller»

1.2 Tematisk bakgrunn for oppgaven

Helse Nord har siden opprettelsen i 2002 jobbet med å systematisere og kvalitetssikre lederutdanning for ansatte i de underliggende helseforetakene. Et av tiltakene for systematisk lederutdanning var opprettelsen av studiet Master i Helseledelse (MiH), i samarbeid med Handelshøyskolen i Bodø (HHB). Første kull med studenter startet opp i 2005, og ble uteksaminert i 2007. Siden den gang er det, med nåværende kull, vært fire kull, og omtrent 100 kandidater som har gjennomført studiet. Ved oppstart av arbeidet med denne masteroppgaven, kom meldingen fra Helse Nord om at et femte kull skulle startes opp i løpet av 2016.

Helse Nord har til nå brukt omtrent 20 millioner på å kjøpe dette utdanningstilbudet fra HHB, og det er av interesse for både dem og for utfører, HHB, om hvilket utbytte helseforetakene har av den kompetansen som er ervervet. Jeg ønsker å fokusere på hvordan tidligere studenter opplever at arbeidsgiver utnytter kunnskapen de erverver seg, om den aktivt etterspørres fra ledelsen, eller om det blir den enkeltes private kunnskap inntil den kommer til nytte i hans arbeidshverdag.

Jeg ønsker å teoretisk belyse utfordringer i spranget fra data, informasjon og privat kunnskap til en felles organisatorisk kompetanse, hvilke hindringer som kan ligge i veien for at kunnskap implementeres i en organisasjon, og hvordan ledere i en kunnskapsorganisasjon må aktivt forholde seg til denne utfordringen.

Det har vært utspill fra fagfolk i helse-Norge siste år på at fagkunnskap er i ferd med å miste prioritet, og at den profesjonelle leder, med ikke-helsefaglig bakgrunn, har gjort sitt inntog i klinikkene. Vil slike nye ledere påvirke hvordan kunnskap håndteres i organisasjonen, og vil ledelseskunnskap sidestilles med annen fagkunnskap når man snakker om kunnskapsdeling og implementering? Slik jeg anser det, kan ledelse sees på som et fag, på linje med andre aktuelle fag, som medisin og farmakologi, men det er kanskje ikke samme oppmerksomhet rundt at slik kunnskap også kan deles og generaliseres i organisasjonen. Det er derfor jeg ønsker å undersøke implementering av ledelses- og organisasjonskunnskap, fremfor medisinsk fagkunnskap.

Et relativt nytt organisatorisk ledd er de siste 10-15 årene kommet frem innen Helse Nord; fagnettverkene. Det er nettverk som går på tvers av den formelle organisasjonsstrukturen til foretakene, og ledelsen av dem er mer faglig orientert enn resten av organisasjonen. Hvilken rolle kan disse fagnettverkene ha for implementering av kunnskap i organisasjonen, kan det være et supplement til organisasjonens struktur som ivaretar fagkunnskapen i leders utvikling av organisasjonen? Kan ledelse som fagfelt ha nytte av å bruke fagnettverk som et verktøy for å sikre implementering av kunnskapen de ansatte har på et bredere, organisatorisk nivå?

1.3 Problemstilling og begrepsavklaring

Jeg hadde dannet meg en hypotese om at kunnskapen vi ervervet på studiet ikke ble tilstrekkelig brukt, delt og utnyttet, og min problemstilling for oppgaven blir derfor

«Hvordan brukes, etterspørres og deles kunnskap som erverves gjennom studiet Master i Helseledelse?»

Videre stiller jeg følgende forskningsspørsmål; Blir kunnskapen privat, eller utvikles den mot en felles organisatorisk kompetanse? Hvordan rolle kan kunnskapsledelse og fagnettverk ha for kunnskapsdeling i en sykehusorganisasjon?

Begrepsavklaring;

Kunnskap

Kunnskap er definert fra mange teoretiske og filosofiske ståsteder, uten at man er kommet til en entydig definisjon som alle aksepterer. Det er gjort forsøk på dette helt fra antikkens filosofer og opp til dags dato. Jeg velger derfor å bruke definisjonen regjeringen bruker på sine nettsider, hentet fra Gottschalk (2006);

«Kunnskap er informasjon kombinert med erfaring, kontekst, interpretasjon og refleksjon. Kunnskap er begrunnet tro. Kunnskap oppstår mellom ørene i menneskets hjerne»

Jeg definerer derfor at kunnskap er data og informasjon som er bearbeidet og satt inn i en kontekst. Kunnskap er når individer eller organisasjoner prosesserer data eller informasjon og skaper mening gjennom den kontekst det skal anvendes i. Dette krever evne til dynamisk tenkning og vektning av informasjon opp mot hverandre, samt kontinuerlig evaluering av ny informasjon som inkorporeres i eksisterende kunnskap. Kunnskap kan raffinere videre til kompetanse, som omtales senere i oppgaven.

1.4 Oppgavens struktur

Først i oppgaven (kapittel 2) vil jeg presentere det teoretiske rammeverk for videre innhenting av empiri og analyse. Jeg vil her belyse organisasjonsteori i en generell form, som leder inn til spesifikk teori om kunnskapsledelse, kunnskapsdeling, fagnettverk og psykologiske teorier som berører kulturen for kunnskapsdeling. I kapittel 3 beskriver jeg min metodiske tilnærming, med beskrivelse av spørreundersøkelse, vurdering av metodesvakheter og definerer mitt ståsted i forbindelse med forskningen. Kapittel 4 inneholder empirien, som omfatter resultater fra en tidligere gjennomført spørreundersøkelse på samme populasjon, og min egen undersøkelse. I kapittel 5 vil jeg analysere data fra empirien, og drøfte dette opp mot teorien jeg har presentert i kapittel 2. I kapittel 6 oppsummerer jeg og kommer med en konklusjon, samt gjør meg noen betraktninger om oppgavens bidrag, og interessante tema for videre forskning.

2.0 Teori

2.1 Innledning

Her vil jeg redegjøre for valg av teori og begrunne hvorfor jeg velger dem foran andre organisasjon- og ledelsesteorier.

Sykehus er i stor grad kunnskapsbedrifter. De har opp gjennom 1900-tallet eksistert i sin egen sfære, hvor man ikke har fokusert på ledelse på samme måte som andre bedrifter. Sykehus ble styrt etter andre prinsipper, og frem til 1970-tallet var det mest vanlig at det var en lege som styrte sykehuset, med en administrator som håndterte økonomi og byråkrati. Perioden frem til 70-tallet kalles for Medikrati, et begrep av Ole Berg. (Forelesning 29.10.14) Først når det kom store fremskritt i medisinsk behandling ut over 70-tallet, ble det fokus på å holde kontroll på kostnadene, og maksimere utbyttet av de pengene man hadde. De medisinske mulighetene ble så store og kostbare at man måtte prioritere hvilke av dem som var viktigst å tilby pasientene, og hvilke man måtte prioritere bort. Det viste seg at leger ikke var spesielt dyktige til det sistnevnte, og for å sikre kontroll over et galopperende sykehusbudsjett, ble det etter hvert mer og mer vanlig med ikke-medisinsk ledelse av sykehus, og elementer fra bedriftsøkonomisk tenkning fikk større fotfeste.

Sykehus ble med andre ord ikke drevet på samme måte som andre bedrifter gjennom det som må kalles en rivende utvikling i organisasjons- og ledelsesteorien gjennom 1900-tallet.

Sykehusene ble ikke ansett som en bedrift, men som et eget fenomen, et sted hvor penger var et middel, ikke et mål, og faget som ble utøvet var det sentrale, det var nærmest uangripelig. Den samme utviklingen og trendene har man sett over hele den vestlige delen av verden, og man har sett de samme utfordringene med manglende økonomisk kontroll og begrensninger i handlingsrom for de ansatte, med stadig ekspanderende behandlingstilbud for stadig flere sykdommer. (Forelesning, Ole Berg 30.10.14). I Norge økte sykehusbudsjettene voldsomt ut over fra 70-tallet og frem til i dag, og sykehusene er blitt store og komplekse organisasjoner med et mye større behov for styring og kontroll enn tidligere.

Det har blitt forsøkt tatt kontroll over sykehusenes kostnadsvekst på flere måter, men pr i dag er det innføringen av foretaksmodellen i 2002 som er den siste, og kanskje mest virkningsfulle organiseringen, med tanke på kostnadskontroll. Med denne organiseringen kom organisasjons- og ledelsesteorien New Public Management (NPM) inn i sykehusene for fullt. Dette er en teori som er henter sin grunnleggende forståelse av organisasjoner i et bedriftsøkonomisk perspektiv, og i hele den vestlige verden hadde man en forventning at dette

var veien å gå for å kontrollere de stadig økende utgiftene. NPM fokuserer på en streng hierarkisk organisasjonsmodell, med enhetlig og ansvarlig ledelse i alle nivåer, hvor man skal måle aktivitet og effektivitet på alle enheter, slik at man kan se hvor det er «slakk» og utnyttet potensiale til økt produktivitet. (Eriksson-Zetterquist, Ulla m.fl. (2014))

Denne styringsformen har oppnådd sitt hovedmål, med økonomisk kontroll, sykehusene i Norge har pr i dag ikke en ukontrollert vekst, men en vekst som kontrolleres av statlige tilskudd. Svært få sykehus bruker mer penger enn de har fått tildelt, og de regionale helseforetakene går nå i økonomisk balanse (SSB-nøkkeltall for helse)

Utfordringen med NPM og foretaksmodellen, er at den har tatt makt og handlingsrom fra faglige ledelse, og fagutøverne må i mye større grad innfinne seg med å bli styrt og ledet ut fra helt andre mål enn de selv har. Helsetjenesteforskere har påpekt at fagfolkens språkbruk har begynt å endre seg, hvor man i større og større grad bruker begreper og teorier fra bedriftsøkonomi, fremfor medisinskfaglige termer når man diskuterer for eksempel om en pasient er klar til å skrives ut. Dette betyr at fagarbeiderne i kunnskapsorganisasjonene, leger, sykepleiere mm, har begynt å integrere flere aspekter ved sin virksomhet, og dette medfører naturligvis at den opprinnelige fagkunnskapen får mindre å si i beslutninger som tas i hverdagen.

I takt med NPM og foretaksmodellen, har det i økende grad blitt tatt i bruk felles faglige veiledere, som skisserer opp hvordan behandling av pasienter skal utføres, hvilke metoder som skal anvendes, og hvor raskt pasienten skal tas inn til behandlingen. Det stilles krav og tydelig dokumentasjon når man velger å omgå slike retningslinjer. Dette har medført til et stort tap av autonomi hos den enkelte behandler og kollegium, man kan ikke velge selv hvordan man vil utføre profesjonen sin. Dette har vært, og er, sårt for mange profesjonsutøvere, og det har medført mange konflikter mellom ledelse og profesjoner på norske sykehus.

Det som også virker å være en utvikling, er hvordan profesjonsutøverne forholder seg til fagkunnskap og kompetanse. Det er lite forskning på dette, men fra mitt ståsted i feltet oppleves det at man forholder seg i større og større grad til nasjonale veiledere og interne rutiner for drift og behandling, fremfor å gjøre en genuin vurdering av hver enkelt pasient og se hvilke handlingsrom og muligheter man har i videre behandling. Fagkunnskapen er blitt sentralisert, det utføres ikke fagutvikling i like stor grad på mindre sykehus, og litt flåsete sagt er sykehusene blitt «fabrikker», hvor kunnskapen er standardisert og systematisert, og

fagfolkene er i større grad blitt «produsenter» som ikke har samme autonomi eller faglig spillerom i sin hverdag. Dette har medført flere positive effekter, med hovedvekt på økonomisk strømlinjeforming av sykehusene; vi behandler stadig flere pasienter, med stadig mer kompliserte metoder og intervensjoner. Men det har en pris; profesjonsutøverne er i redusert grad kunnskapsarbeidere, og vi ser at den unike kunnskapen som tidligere optimaliserte det enkelte pasientforløpet, er i stor grad gått tapt ved standardisering og effektivisering. Kliniske vurderinger møter økonomiske og til dels politiske motargumenter, og taper stadig oftere kampen.

Dette danner bakteppet for min teoretiske tilnærming.

Jeg har derfor tatt interesse for andre måter å tenke organisasjonsteori på, jeg opplever at NPM har gitt sykehusene mange fremskritt, men at man ikke må glemme de positive sidene ved tidligere praksis, hvor kunnskap var den viktigste kapital et sykehus hadde (Berg, Ole T, 2006)

Jeg nevner i innledningen, at jeg ser på ledelseskompetanse som nær sidestilt med medisinskfaglig kompetanse når det kommer til kunnskap i organisasjoner og kunnskapsdeling, og har derfor valgt å forske på et ledelsesstudium fremfor en medisinskfaglig utdanning. Temaet er mindre belyst enn medisinskfaglige utdanninger og mine genuine opplevelser om manglende kunnskapsdeling kommer i relasjon til denne utdanningen.

Som jeg skriver i innledningen, opplever jeg mindre interesse for å dele kunnskap i organisasjonen min nå, enn tidligere, noe jeg setter i sammenheng med den utviklingen vi har hatt siden foretaksmodellen. Ut fra dette ståsted, tatt jeg interesse for kunnskapsledelse og fagnettverk, og jeg ønsker å se hvordan disse kan brukes for å øke graden av kunnskapsdeling i organisasjonen, både fagkunnskap og kunnskap om ledelse.

2.2. Historisk bakteppe

Ledelses- og organisasjonsteori er et omfattende fagfelt, som har utviklet seg over århundrer, med en voldsom vekst de siste 100 år. Jeg må beskrive konteksten for kunnskapsorganisasjoner anno 2016, og vil derfor beskrive generelle trekk i utviklingen av organisasjonsteorien frem til jeg fordypet meg i kunnskapsledelse (knowledge management)

som hovedteori for videre analyse og drøfting. I tillegg vil jeg beskrive teorien som leder opp til fagnettverk, og også belyse psykologisk teori omkring deling og tillit. Som jeg nevnte i første avsnitt, var ikke sykehus et sted hvor organisasjonsteori ble brukt i særlig stor grad før 1960- og 70 tallet, den organisasjonsteoretiske utviklingen før den tid skjedde i hovedsak i private bedrifter med et industrielt preg.

Samfunnsvitenskapelig teori omkring vitenskapelig ledelse fikk en oppblomstring i overgangen mellom nittende og tjuende århundre, i kjølvannet av den industrielle revolusjonen. De første teoriene for systematisk ledelse var rettet mot industriell ledelse, og målet var å utforme organisasjoner som best mulig kunne utnytte menneskene som jobbet i fabrikkene. Det var utstrakt bruk av konkrete metodestudier for å maksimere utbyttet av arbeidernes tid, og modellene var preget av maskiner som modeller for organisasjonen. Klassisk samlebåndsindustri var resultatet av denne teoriformen, og den mest kjente pioneren, Frederic Taylor, har blitt stående som mannen bak begrepet vitenskapelig ledelse (scientific management). Scientific management har blitt utdatert i sin opprinnelige form, men det er mange av de grunnleggende antagelser og forutsetninger som er videreført i nyere organisasjonsteori. (Fivelsdal, Egil m. fl, 2004)

I samtid med scientific management ble det utviklet økonomisk baserte organisasjonsteorier, nærmest som et motsvar til gjeldende teorier, som var ingeniør-preget i sin tilnærming. De økonomiske teoriene orienterte seg mer omkring det frie markedet og forholdet mellom organisasjonene, fremfor interne forhold i organisasjonen. Denne økonomiske teorien er implementert i nyere organisasjonsteorier, hvor man forsøker å beskrive og regulere organisasjonsinterne prosesser ut fra samme økonomisk teoretiske ståsted. Blant annet er aspektet om at alle, også enkeltindivider i organisasjonen, er opptatt av å maksimere egen nyttefunksjon av å være i organisasjonen videreført i nyere teori.

Et annet motsvar til vitenskapelig teori er utviklingen av byråkratisk organisasjonsteori, som ble utviklet i hovedsak av Max Weber, og som henter sine referanser fra offentlige organisasjoner i samtiden. Webers byråkratiteori var forankret i moderniseringen av samfunnet, og ble etter hvert utviklet til en administrasjonsteori, som var instrumentell og ahistorisk. Disse teoriene, og administrasjonsteorien spesielt, var opptatt av å utvikle prinsipper for optimal organisering, med oppsett av hierarkisk form, kontrollspenn hos leder og forholdet mellom organisatoriske ledd i organisasjonen. Etter andre verdenskrig ble denne organisasjonsteorien førende, og videre ble det fokusert på prosesser innad i organisasjonen.

Beslutningsprosesser var et av de største fokus, og psykologiske faktorer som rasjonalitet hos deltagere ble implementert i forståelsen av komplekse prosesser man ikke kunne forklare ut fra andre teorier. (Fivelsdal, Egil m.fl 2004)

Det kom omtrent samtidig en enda mer paradigmeskiftene teori, human relations. Denne teorien utfordret alle overnevnte teorier, ved å utløpe fra sosialpsykologi, og dermed springe ut fra en helt annen teoretisk og ideologisk krybbe enn alle de andre teoriene. Teorien fokuserer på mennesket og samspillet mellom mennesker i organisasjoner. Den fremhever hvordan menneskers mange behov må være grunnlaget for motivasjon og arbeidsinnsats. Det ble aktualisert hvordan menneskers behov er mange, og ved å fokusere på å møte disse ville mennesket gi tilbake ved å yte bedre og mer effektivt. Det ble spiren til demokratisering i organisasjoner, hvor alles stemmer skulle høres, og hver enkelt skulle sees.

I tiden etter andre verdenskrig ble det gjort forsøk på å fusjonere sosiopsykologisk teori med den mer tekniske og økonomiske teorien som hadde eksistert tidligere. Sosio-teknologisk teori fokuserer på motivasjon hos den enkelte arbeider, og ivaretagelse av arbeidstakerens yteevne, samtidig som man benytter seg av økonomiske og strukturelle rammer fra bedriftsøkonomisk teori. I etterkrigstiden ble det en spredning av organisasjonsteorier, hvor mange teorier gikk fra hverandre og utviklet seg parallelt. Dette legger grunnlaget for at man betrakter organisasjoner forskjellig den dag i dag, hvor man ser at forskjellige organisasjoner, med ulike mål og verdier, kan ha nytte av spesialiserte organisasjonsteorier, fremfor en generell.

Ut over 1970-tallet kom det som kalles ny-institusjonell teori opp og frem. Den norske statviteren Johan P. Olsen var en sentral aktør i denne tiden, og han med flere la spesielt vekt på at de fleste organisasjoner er i dynamisk utvikling hele tiden, samt at organisasjonene tilfredsstiller sine medlemmer på mange forskjellige nivå og måter. Dette ligger til grunn for en påstand om at organisasjoner er komplekse fenomener, som er vanskelig å styre målrettet. Denne teorien er som de fleste nyere organisasjonsteorier multidisiplinær, og henter elementer fra andre teorier og forsøker å koble den sammen på en produktiv måte. (Fivelsdal, Egil m.fl 2004)

Ut fra denne diversiteten av organisasjonsteorier som vokste frem, ble det ut over 1980-tallet fokus på styring og effektivisering av offentlige organisasjoner. I Australia og New Zealand ble filosofien New Public Management (NPM) utviklet, ut fra en grunntanke om å effektivisere offentlig sektor med metoder og virkemidler fra privat næringsliv. Det er ikke en rendyrket organisasjonsteori, men heller et tenkesett og metodevalg som utkommer fra

bedriftsøkonomiens verden. Hovedfokus innen NPM er økt bruk av konkurranse, med oppsplitting av organisasjoner, hvor enkeltenheter kan konkurranseutsettes og kontinuerlige målinger av innsats og outcome. Det legger opp til en tett rapportering fra produksjonsenheten til administrasjon, og belønning for oppnådde mål, eventuelt straff for å ikke oppnå mål. Det vektlegges også at offentlige organisasjoner er til for brukerne, og brukerperspektivet kommer mye tydeligere frem enn tidligere. Man kan si at tidligere var sykehusene til for seg selv, men med NPM ble sykehusene til for pasientene og samfunnet. Allerede når denne metoden å organisere offentlige sykehus på begynte, var det kritiske stemmer, spesielt fra profesjonsutøvere innen helsevesenet, fra samfunnsvitere og jurister. Den vanligste kritikken frem til i dag, er at sykehusene ikke er kopier av bedrifter, og at kompleksiteten i sykehusenes formål og rolle i samfunnet gjorde NPM til et uegnet verktøy. Herunder vises det til vansker med å definere mål for aktiviteten som utføres, både i konkrete pasientforløp, og i en større sammenheng. Spesielt vil jeg trekke frem de ikke direkte pasientrettede formålene, som undervisning og utdanning av nye helsearbeidere og forskning og fagutvikling. NPM har i norsk kontekst medvirket til en sentralisering av disse to elementene, noe jeg vil komme tilbake til i drøftingen av mine funn.

2.3 Kunnskapsorganisasjoner

En kunnskapsorganisasjon skiller seg ut fra andre organisasjoner ved at dens aktiva er i stor grad er medlemmenes kunnskap og kompetanse, fremfor materielle eller tekniske ressurser. Kunnskapsorganisasjoner er avhengig av medlemmenes kunnskap og kompetanse for å produsere sitt produkt, og ofte vil kvaliteten på produktet være avhengig av kompetansen til den som produserer det. På denne måten må kunnskapsorganisasjoner fokusere på utvikling av medlemmenes kunnskap, og utvikle denne til kompetanse, i større grad enn å investere i materielle ressurser. Kunnskapsorganisasjoner har mange forskjeller seg imellom, alt etter hvilken kontekst og hvilke mål de har. Jeg vil ikke gå nærmere inn på disse, men heller fokusere på det unike i kunnskapsorganisasjoner sammenlignet med andre organisasjoner.

I en kunnskapsorganisasjon vil deltakerens kunnskap være avgjørende for produktet som produseres, eller tjenesten som leveres. Her vil kvaliteten av kunnskap og kompetanse oftest direkte avspeiles i produktet eller tjenestens kvalitet, så fremst arbeideren har tatt kompetansen i bruk. Kunnskap og kompetanse er sentrale tema i organisasjonens kontinuerlige forbedringsarbeid, og det er hele tiden prosesser gående med utvikling og forbedring av kunnskapsgrunnlaget for produksjonen. Kunnskapen som brukes, er oftest en

kombinasjon av eksplisitt og taus kunnskap, som omtales senere i teorikapitlet. (Jacobsen og Thorsvik 2013)

2.4 Kunnskapsledelse

Kunnskapsledelse (Knowledge management, KM) er en teori som er kommet inn i organisasjonsteorien de siste 20-30 årene. Det er ikke en ensrettet og rendyrket teori, men en mangefasettert og multidisiplinær teori, som flere av de andre postmoderne organisasjon og ledelses-teorier. Siden det er mange fraksjoner og retninger innen KM, har jeg valgt å presentere teorien fra en enkelt kilde; Dalkirs bok «Knowledge management in theory and practice», da den står som en av få som har laget en oversikt over retningene innen KM og presenterer diversiteten i stor grad. Han fremmer ikke mye eget materiale, men samler det som er kommet frem gjennom 20 – 30 års erfaringer og oppsummerer det systematisk.

Hovedessensen med kunnskapsledelse er å kunne håndtere og lede organisasjoner som er preget av mye intellektuell kapital, kunnskap og kompetanse. I det inngår det å identifisere, innhente, skape og dele kunnskap. Det er viktig å skille kunnskap fra informasjon i dette tilfellet, da kunnskapen er mye mer kompleks og satt inn i en spesifikk kontekst.

Kunnskapsledelse har utviklet seg fra tidligere kjente metoder og teorier, men har siste tiårene blitt samlet som et felles begrep. Innenfor begrepet kunnskapsledelse er det aksept for flere innfallsvinkler og betraktninger av hvordan man tolker og forholder seg til kjernedefinisjonen av kunnskapsledelse. Det eksisterer over 100 definisjoner på kunnskapsledelse, hvor de fleste er ansett som gode og akseptable ut fra det ståsted forfatteren ser kunnskapsledelse fra. Det har blant annet kommet definisjoner fra bedriftsøkonomer, kognitive teoretikere, prosess teknisk industri og informasjonsvitenskapen. Dette medfører at kunnskapsledelse er et teoretisk uklart avgrenset område, hvor man stadig henter inn nye metoder og teorier som sammenfaller eller komplementerer tidligere teori omkring emnet. Kunnskapsledelse er derfor en ledelsesteori i utvikling, hvor man i tillegg må begrense og tilpasse bruken til den aktuelle situasjonen eller organisasjonen som skal behandles. I mitt tilfelle er det helsevesenet og spesialisthelsetjenesten som er rammene for teorianvendelsen, og jeg vil derfor presentere teori ut fra både bedriftsøkonomisk ståsted og kognitiv teori.

Et av de viktigste kjerneelementene i kunnskapsledelse er at den omtaler kunnskap, fremfor data og informasjon i seg selv. Forskjellene i disse begrepene er at data er direkte observerbare og verifiserbare, mens informasjon er data satt sammen i en kontekst. Kunnskap er når man kan bruke data og informasjon relatert til situasjonen man står ovenfor, og

samtidig gjøre dynamiske beregninger basert på tilgjengelig felles og privat informasjon. Kompleksiteten i kunnskap er avgjørende, det er ofte så komplekse overveielser og resonnementer som gjøres i en beslutningsprosess at kunstig intelligens (datamaskiner) ikke klarer å reprodusere dem. Under har jeg illustrert kunnskapens hierarki ut fra hvordan KM beskriver det, og noe som skiller denne figuren fra andre kunnskapspyramider, er inkluderingen av den tause kunnskapen og kompetansen, som omtales senere.

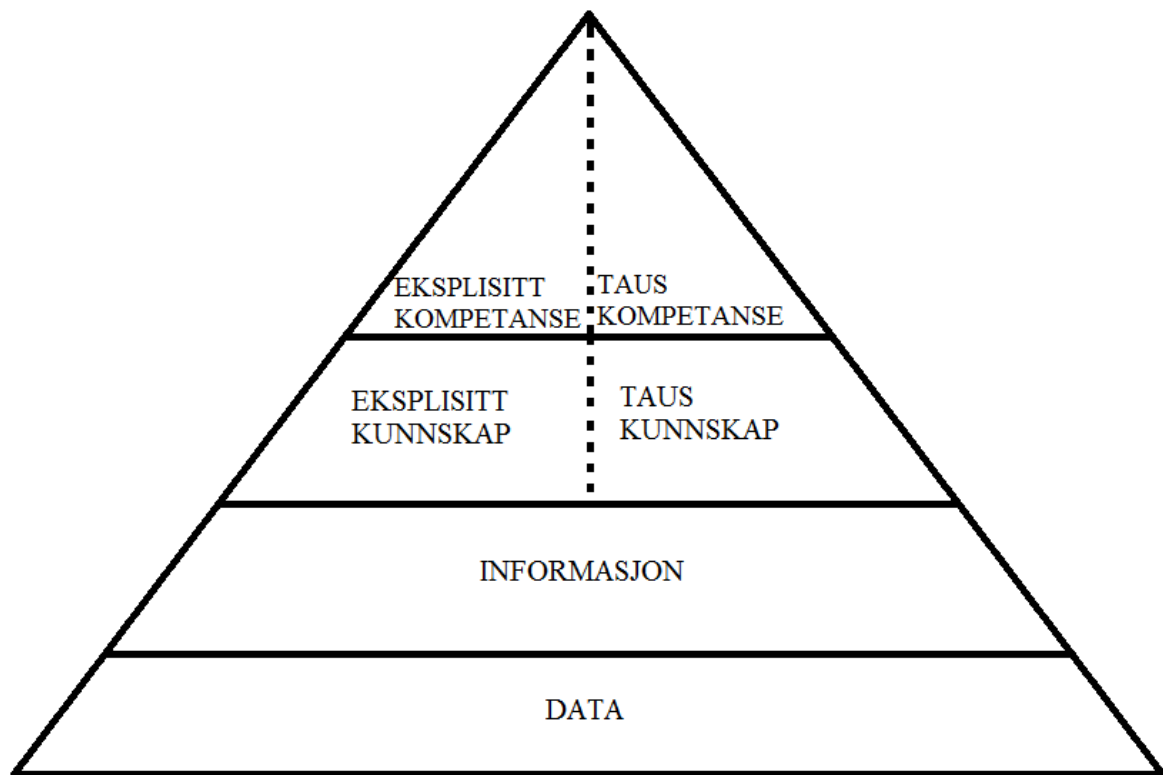


Fig. 1. Kunnskapspyramiden, fritt etter kunnskapsledelses teori om kunnskapens mange nivåer.

Noen av de andre kjerneelementer er at kunnskapsledelse skal:

- Legge til rette for generering av ny kunnskap
- Innhente adekvat og verdifull kunnskap ekstern for organisasjonen
- Anvendelse av kjent kunnskap i beslutningstaking
- Inkludere kunnskap i prosess, produkt eller service som produseres
- Etablere kunnskap i støttesystemer som fasiliteter gjenbruk av kunnskapen
- Legge til rette for kunnskapsvekst gjennom organisasjonskultur og insentiver

- Overføre eksisterende kunnskap til andre deler av organisasjonen
- Måle verdien av kunnskap og kunne si noe om den innflytelse kunnskapsledelse har på organisasjonens måloppnåelse

I tillegg skiller kunnskapsledelse mellom taus og eksplisitt kunnskap. Den tause kunnskapen er den vi har ervervet, men som er vanskelig å sette ord eller uttrykk på. Det er det mange vil kalle erfaring etter å ha arbeidet lenge innenfor et fag, en kunnskap som gir beslutningstakeren en fordel når det må fattes avgjørelser på et tynt informasjonsgrunnlag. Den tause kunnskapen kan være kognitiv, men også praktisk eller sosial, i yrker hvor dette er essensielt for arbeidstakerens funksjon. Ett eksempel er en selger, som må bruke både sosiale og psykologiske strategier i møtet med en potensiell kunde, og hele tiden under møtet må han analysere situasjonen og tilpasse videre strategi for å sikre at han knytter et salg til kontakten. Denne typen kunnskapen er ikke noe man kan fullt ut lære på en skole eller opplæring, man må utvikle sin egen metode som tar hensyn til egne ferdigheter og ytre rammer i situasjonen. Den tause kunnskapen medfører at man kan ta raske avgjørelser i komplekse problemer, og en slik arbeidstaker vil ofte bli ansett som en faglig ledende eller inspirerende i et kollegium. Denne type kunnskap er vanskelig å overføre på andre måter enn ved å jobbe sammen, gjerne i en mester – svenn konstellasjon. Taus kunnskap er sentral i oppbyggingen og vedlikeholdet av en organisasjons kultur. (Filstad, C, 2010).

Eksplisitt kunnskap er kunnskap som lettere kan deles, i form av skrift, lyd eller andre kommunikasjonsformer. Det er fortsatt informasjon som tilpasses en aktuell situasjon, for eksempel ved utarbeidelse av organisasjonsinterne rutiner og veiledere. Her er ekstern og intern informasjon samlet og vurdert opp mot forventete situasjoner i organisasjonen, for å ha en felles forståelse av håndteringen av denne situasjonen. Denne type kunnskap er lettere å dele, og er ofte målet i organisasjons eller profesjonsintern opplæring.

Diversitet i kunnskapsledelse kan være både en styrke og svakhet. Det gir styrke ved at teorien kan anvendes bredt, og man kan tilpasse den til en rekke forskjellige settinger. Den er i utvikling, og får stadig nye innfallsvinkler, noe som bidrar til at teorien får nye tilhengere hele tiden. Bakdelen med denne diversiteten er at teorien ikke fremstår som en egen, tydelig teori, men heller som en sekkebetegnelse på fenomener og metoder som mer eller mindre sammenfaller i et konkret lederperspektiv. Den mangler en klar avgrensning, og blir dermed enda utydeligere i sin profil. Man ser derfor at mange i dag bruker kunnskapsledelse på måter

som ikke harmonerer med den tidligste utformingen av en helhetlig teori om kunnskapsledelse. Begrepet er dermed også utsatt for utvanning, og til dels misbruk, av de som ønsker å utnytte begrepets positive klang til å legitimere egne tanker og teorier.

Et begrep man bruker innen bedrifter er intellektuell kapital. Dette begrepet er et forsøk på å kvantifisere kunnskapen som en verdi, noe som også gjøres i flere andre organisasjonsteorier. Den intellektuelle kapitalen har i moderne tid kommet mer til syne, da tradisjonelt kunnskapsfattige yrker i stor grad er blitt automatisert, og nye yrker oppstår der man ikke kan bruke datamaskiner eller andre maskiner til å utføre jobben. Slike jobber er i større grad kunnskapsbaserte, både med taus og eksplisitt kunnskap. For å illustrere hvordan markedet kan sette en verdi på intellektuell kapital, kan man se på moderne bedrifter innen sosiale media og underholdningsbransjen. Her har mange selskaper børsnoterte verdier som er mange ganger så stor som den reelle inntekten og omsetningen bedriften har. Dette er markedets verdsetting av den intellektuelle kapitalen som ligger i bedriften, og forventinger om at den vil vokse i fremtiden ut fra et kunnskapsmessig fortrinn i forhold til konkurrenter.

2.5 Kunnskapsdeling

Kunnskapsdeling, i utgangspunktet i sin enkelthet, har blitt tema som har fylt mange lærebøker opp gjennom tidene. Denne komplekse, sosiale handlingen har så mange aspekter og nivåer at man lett mister oversikten. Innenfor kunnskapsledelse fokuserer man på at kunnskapsdeling er en sosial handling, som drives frem av grunnleggende behov hos den enkelte. Man kan se på ytre faktorer, og peke på trygghet, respekt og tillit til de andre deltagerne, eller se på indre faktorer som motivasjon for å forstå hvorfor ett individ vil dele sin kunnskap med andre. Enkelte faktorer, motivasjon og tillit omtales senere, under avsnittet 2.7; Psykologisk teori. De eksplisitt ytre rammene er viktige å kommentere, for det er kanskje den viktigste innfallsporten en leder har til å påvirke hvordan kunnskapsdeling skjer i organisasjonen. Først og fremst må de fysiske rammene legges til rette for at kunnskapsdeling kan oppstå; det må være lokaliteter hvor de ansatte kan møtes og diskutere aktuelle tema, som for eksempel fellesområder eller åpne kontorlandskap. Videre må det legges formelle og uformelle føringer for hva man forventer av kunnskapsdeling. Dette gjør man både gjennom organisasjonsstruktur og ikke minst organisasjonskulturen. Ledere har et overordnet ansvar for å fremme god og hensiktsmessig kunnskapsdeling, enten i form av sin lederstil eller eksplisitt ved incentiver eller føringer/rutiner. Det kulturelle aspektet er tilvarende komplisert, da det omhandler et dynamisk sosialt samspill som utvikler seg over tid, og det blir for mye å gå videre inn på her. Man kan si at en organisasjonskultur legger grunnlaget for mange av de

psykososiale faktorene som videre gir grunnlag for kunnskapsdeling, samt at den kan legge føringer om hva som forventes i organisasjonen. Innenfor kunnskapsledelse trekker man frem følgende aspekter om kunnskap og kunnskapsdeling:

- Bruk av kunnskap medfører ikke at den blir brukt opp
- Deling av kunnskap medfører ikke at den blir borte
- Kunnskap finnes i store mengder, men kunsten å bruke den er sjeldnere

I tillegg til å fokusere på kunnskap, vil jeg og omtale begrepet kompetanse i samme avsnitt. Kompetanse er en ytterligere raffinering av kunnskap, hvor kunnskapen brukes i dynamiske vurderinger som tilpasses omgivelsenes krav og oppgavens kompleksitet. Kompetanse bygger på en dyp kunnskap om tema, kombinert med evne til refleksiv og kritisk tenkning, og vurdere kunnskapens validitet i situasjonen. Kompetanse oppnås oftest gjennom lang tids arbeid med samme tema, hvor utøveren får en kunnskapsdatabase som hele tiden utfordres av endringer i ytre omgivelser som igjen krever modulering eller differensiering av kunnskapen og anvendelsen av den.

2.6 Fagnettverk som metode

Bruken av fagnettverk innen Helse Nord har gjort at jeg spesielt har ønsket å ta metoden med i min oppgave, da den i tillegg til å være en etablert metodikk i helseforetakene, harmonerer godt med KM's teorier om «Communities of practice». Søker man i de vanligste søkemotorer på internett på teamet fagnettverk, kommer det opp mange treff fra Helse Nord og brukerorganisasjoner innen helse, noe som tyder på at metodikken er mest utbredt i helsesektoren. Når det kommer til forskning på fagnettverk, er det i større grad ved avanserte og store prosessbedrifter med stor grad av innovasjon og produktutvikling som er undersøkt. (Nesheim, T et al 2011)

Fagnettverkene har som formål å sikre kunnskapsdeling. De skal legge til rette for at kunnskapsarbeidere som ikke jobber tett sammen i det daglige, men som fortsatt utfører mye av de samme oppgavene, skal kunne møtes og utveksle erfaringer. I tillegg er det trukket frem at fagnettverk bidrar til en fellesskapsfølelse, som bidrar til samhold og motiverer deltakerne til å fortsette i organisasjonen og nettverket. I tillegg gir slik nettverksbygging på generell basis deltagerne et friskt pust fra vanlig arbeidshverdag, og kan bidra til sosiale relasjoner på kryss av organisasjonen som kommer både enkeltindividet og organisasjonen til gode.

Videre er fagnettverk en sosial arena, og som nevnt lengre opp, er kunnskap og kompetanse egenskaper som utvikles i samspill med andre. Har man store mengder kunnskap som man aldri deler og diskuterer med andre, vil kunnskapen være i fare for å være ensidig og unyansert, da man sjelden motargumenterer egne observasjoner og man fort «låser» seg til en kjent basis, og handler derfra. Sosialiseringen av kunnskapen gjør den mer solid og man utvikler ofte ny kunnskap i samhandling med andres synspunkter eller erfaringer. I det daglige arbeidslivet er det som defineres som «småprat» et konkret eksempel på slik utvikling av felles kunnskap.

Et viktig punkt å nevne innenfor fagnettverk, er at det må ha legitimitet fra leder.

Fagnettverkene er tradisjonelt organisert utenom den tradisjonelle organisasjonsstrukturen, og for å få rom og mulighet til å utøve sin rolle, er det viktig at ledelsen gir det legitimitet og anerkjenner det som utøves der. For mange ledere er fagnettverkene innenfor fag eller emner de selv ikke har stor kunnskap, og det er derfor vanskelig for dem å gå inn som en lederfigur i nettverket. Da er det mest naturlige å benytte en erfaren og kompetent fagarbeider som leder, og heller gi deltagerne rom og tid til å møtes, en anerkjennelse i praksis. (Nesheim, T et al 2011).

2.7 Psykologisk teori

Psykologien har over lengre tid hatt innpass innen organisasjonsteorien; organisasjonspsykologi er et etablert begrep, og det mange forskjellige måter psykologien kan være til nytte i organisasjonsteorien. Psykologi kan brukes til å forstå mekanismer som oppstår i eksisterende organisasjoner, og det kan brukes til å planlegge nye organisasjoners utforming og rammer, for å legge til rette for høyest mulig grad av måloppnåelse. For mange er det mest tydelige symbolet på dette lønningspilsen! Den, og andre sosiale sammenkomster med de man jobber med, er kommet inn i arbeidslivet som et ledd i forståelsen av menneskets behovs- og motivasjonspsykologi. (Jacobsen og Thorsvik, 2013)

Ut fra en forståelse at sykehus er en kunnskapsorganisasjon, er det svært viktig å inkorporere psykologiske aspekter når man skal lede, da motivasjon av kunnskapsarbeidere er avgjørende for produktiviteten. Kunnskapsarbeid skiller seg fra tradisjonelle industrielle yrker på to områder. For det første vil en kunnskapsarbeider ofte være den eneste som kan vurdere en god eller optimal måte å utføre sin arbeidsprosess på, ut fra omgivelsene, problemet og dens egen kunnskap og erfaring. En slik dynamisk tilnærming til et problem medfører at

problemløsningen blir justert etter flere parametere enn de som er synlige, noe som ofte optimaliserer problemløsningen. Det andre som skiller kunnskapsarbeideren fra en instrumentell arbeider, er at kunnskapsarbeideren i samtid med problemløsningen skaper en rekke andre aktiviteter som har nytte i fremtiden. Dette er aktiviteter som vanskelig lar seg registrere og måle, som deling av kunnskap med andre, innovasjon og utvikling og individuell refleksjon og læring. Slike aktiviteter varierer mellom kunnskapsarbeidere, og mye av variasjonen kan antagelig forklares med forskjeller i motivasjon (Lines 2011)

Motivasjon av kunnskapsarbeidere er med andre ord spesielt viktig, da produktivitet og effektivitet samvarierer med motivasjonen i større grad enn hos andre arbeidere. Motivasjon er også viktig, da man historisk sett ser at kunnskapsarbeidere er mer lojale ovenfor egen profesjon og kunnskapsbasis, enn direkte mot arbeidsgiver. Hvis arbeidsgiver ikke klarer å legge til rette for et motiverende arbeidsmiljø, vil kunnskapsarbeidere i større grad søke seg til en ny arbeidsplass, og den organisasjonen som mister en ansatt, mister samtidig verdifull kunnskap og kompetanse som er bygd opp over tid.

Det er derfor avgjørende at en leder av kunnskapsarbeidere vet hva som motiverer og demotiverer de ansatte. Det er vanskelig å definere kunnskapsarbeidere som en gruppe og definere motivasjonsfaktorer som er felles, her er mennesker forskjellige og prioriterer deretter. Motivasjon endrer seg og opp gjennom en karriere, ut fra endringer i livssituasjon, rolle i arbeidslivet og akkumulert kunnskap. Individuelt motivasjonsarbeid er komplisert, og vil medføre forskjeller mellom de ansatte som kan medføre konflikt. Det er derfor viktig med leders motivasjonsarbeid at man legger opp til et «minste felles multiplum» for sine ansatte, for å sikre opplevelse av rettferdighet og samtidig motivere best mulig. Lines; 2011, beskriver verdiskapningen fra en kunnskapsarbeider er lik personens evne multiplisert med motivasjon. I så måte er det i en kunnskapsleders interesse å ivareta både motivasjon og evne hos arbeiderne sine. Evnen kommer frem gjennom kunnskap og kompetanse, som omtales i denne oppgaven, og motivasjon er en faktor som potenserer den iboende evnen og hindrer at kunnskapsarbeidere ikke slutter i bedriften. Han hevder at en leder i en bedrift med stor grad av kunnskapsarbeid hovedsakelig bør jobbe med arbeidernes motivasjon, samt å tilrettelegge for kunnskapsdeling og overføring av kunnskap fra enkeltindivider til en felles kompetanse.

Hva motiverer en kunnskapsarbeider i spesialisthelsetjenesten? Det finnes lite empiri på dette, men mindre studier, hovedsakelig på leger, tyder på at autonomi, faglig integritet og aktelse er viktige motivatorer. Det harmonerer dårlig med den utviklingen i

spesialisthelsetjenesten, hvor NPM har medvirket til en innskrenking i autonomi og faglig integritet er i press mot økonomiske og politiske mål. Man kan derfor tenkes at kunnskapsarbeideren, i eksempel av leger, må kompensere en svekket motivasjon med økt evne for å opprettholde eller øke verdiskapningsnivået, eller produksjonsnivået. Igjen kommer kunnskap og kunnskapsdeling frem som viktig, å øke den kollektive evnen til å utføre kunnskapsarbeidet kan kompensere for sviktende motivasjon. (Lines 2011)

I tillegg til motivasjon som kofaktor for produktivitet, ønsker jeg å omtale en annen psykologisk faktor som spiller direkte inn på kunnskapsdeling; tillit. (Filstad, 2014) omtaler hvordan kunnskapsarbeidere er avhengige av tillit for å sikre kunnskapsdeling i organisasjonen. Tillit til leder avhenger mye av leders rolle som kunnskapsbygger i organisasjonen, og leders fokus på kunnskapsbygging og deling i organisasjonen. Man kan si at lederen «går foran» og leder vei, noe som gir en sterk signaleffekt for kunnskapsarbeideren. Tillit til medansatte kunnskapsarbeidere avhenger av kultur og rom for meningsutvekslinger, og gjelder både tillit til å dele og tillit til at den kunnskap man mottar er god. Dette bygger på at alle har en tilstrekkelig kompetanse til å håndtere ny kunnskap, og at man har gode erfaringer ved tidligere kunnskapsdelinger.

I kunnskapsorganisasjoner kan mangel på tillit medføre at medarbeidere ikke ønsker å dele sin kunnskap med andre. Som tittelen på denne oppgaven reflekterer, er denne typen kunnskapsarbeider en utvikling jeg frykter kan øke i omfang, noe som vil kunne forringe kunnskapsorganisasjonens kompetanse og produktivitet i vid forstand. Nerstad et al, 2013, undersøkte hvordan kunnskapsarbeidere som ikke delte sin kunnskap utviklet seg i en kunnskapsorganisasjon, og fant at disse arbeiderne fikk svekket sin kreativitet og videre faglige utvikling. De fant at manglende kunnskapsdeling medførte en subtil eksklusjon fra kunnskapsdelingens arenaer, og at medarbeiderne ikke ønsket å dele mer kunnskap enn de mottok.

De fant også ut at et organisasjonsklima som var prestasjonsbasert, hvor de ansattes prestasjoner ble målt opp mot hverandre, bidro til økt motivasjon for å holde tilbake kunnskap, mens et miljø med fokus på mestring uten intern rangering, medførte en mer åpen kunnskapsflyt og velvilje til å avhjelpe hverandre i vanskelige situasjoner. Prestasjonsklimaet medførte en mistro til medarbeiderne, og samhandlingen ble redusert til et minimum.

3.0 Metode

Jeg vil i dette kapittelet beskrive hvilket forskningsdesign og metode jeg har valgt å bruke for å undersøke problemstillingen beskrevet i innledningen. Videre vil jeg redegjøre for eget vitenskapsteoretiske ståsted og objektivitet i forskningen, og jeg vil kommentere oppgavens validitet og reliabilitet. I all hovedsak har jeg benytter Johannessen et al (2011) som kilde til metodekapittelet

3.1 Generelt – tematisk tilnærming

Temaet og problemstillingen på oppgaven har jeg valgt på bakgrunn av de utfordringene jeg selv har opplevd i min arbeidshverdag, med en subjektiv opplevelse av at klinikken min ikke har tilstrekkelig fokus på kunnskap og kunnskapsdeling. Som forberedelse til valg av tema var dette noe jeg drøftet med flere av mine kollegaer, og jeg fikk respons på at dette var noe flere opplevde som problematisk og viktig for videre utvikling av kvaliteten på arbeidet vårt. Videre har jeg søkt opp litteratur om emnet, og gjort meg opp en del tanker om mulige sammenhenger og årsaker, før jeg endelig har bestemt meg for problemstillingen.

3.2 Forskningsdesign – valg av metode

Metode er en strukturert fremgangsmåte for innsamling av data og eksisterende kunnskap. Formålet er å fremskaffe relevante og reliable data som trengs for å gi et svar på problemstillingen man har satt seg. For min egen del er jeg skolert i naturvitenskapelig tenkemåte gjennom min profesjonsutdanning, og har under denne oppgaven vært nødt til å lære meg en ny måte å tenke og forske på; samfunnsvitenskapelig forskningsmetode.

Samfunnsvitenskapelig forskning har som formål å beskrive og etablere kunnskap om hvordan den sosiale verden henger sammen, og beskrive sosiale sammenhenger.

Sammenlignet med naturvitenskapelig forskning, er samfunnsvitenskapen en mindre absolutt vitenskap, man forsker på sosiale fenomener som fortolkes av forskeren og man kan i mindre grad ekstrahere funn opp til et generalisert nivå. Dette medfører at samfunnsvitenskapelig forskning står friere til å tolke sine observasjoner og funn, med det ekstra ansvar som følger med denne friheten. (Johannessen et al)

Man kan forske samfunnsvitenskapelig med forskjellige metoder, og et hovedskille er mellom kvalitative og kvantitative forskningsdesign. En vanlig måte å benevne forskjellen mellom disse to tilnærmingene er at kvantitativ metode forholder seg til tall som summeres opp og analyseres statistisk, mens kvalitativ metode forholder seg til ord som tolkes og settes i en fortolkende sammenheng. I mitt tilfelle ønsker jeg å utføre en kvalitativ undersøkelse, men ved bruk av tall, i form av et strukturert spørreskjema. Denne designen er ikke den vanligste måten å forske på, men jeg vil redegjøre for hvorfor jeg har gjort det slik.

Min populasjon med informanter er på 72 stykker. Under innledende samtaler med informanter, oppdaget jeg at det var ganske store forskjeller i hvordan de hadde opplevd studiet og deres syn på hvordan deres kompetanse kom til sin rett i tiden etter studiet. Jeg vurderte derfor at det var for stor fare for skjevhet i datamaterialet om jeg bare intervjuet noen av informantene. Jeg følte derfor det var mer riktig for materialets validitet å invitere samtlige informanter til en spørreundersøkelse, og innlemme et fritekstfelt, hvor den enkelte kunne komme med utdypende kommentarer. Med tanke på videre analyse av en spørreundersøkelse, ville materialet blitt for lite for en kvantitativ analyse, siden demografiske inndelinger medførte kategorier med svært få respondenter. Fortolkningen av tallmaterielat vil derfor gjøres ut fra en kvalitativ tilnærming, med kun tofaktors samvarians-analyser, gjennomsnittsberegninger, kombinert med analoge kommentarer til tallmaterialet. Jeg hadde en plan om å utføre noen få semistrukturerte intervjuer med noen av informantene for å få en større dybde i materialet, samt å kunne fordype meg i de funn spørreundersøkelsen viser. Det lot seg dessverre ikke gjøre, grunnet tidsbrist, noe jeg må ta ansvaret for selv, noe som svekker oppgavens reliabilitet.

3.3 Spørreundersøkelse

For å kunne forske på en problemstilling må den operasjonaliseres gjennom forskningsspørsmålene. Det må konkretiseres på en måte som gjør den målbar til en viss grad. Med utgangspunkt i den litteraturen jeg har lagt til grunn i denne oppgaven, med Dalkirs lærebok i Kunnskapsledelse som hovedlitteratur, har jeg hentet ut elementer som gjør at kunnskapsdeling kan fraksjoneres ned i mindre elementer (variabler), som igjen kan måles (kvantifiseres) og man kan se hvor i kunnskapskjeden det kan være forbedringspotensial.

Jeg har gjennomført en tverrsnittsundersøkelse hos tidligere studenter, og sammenholdt de funn jeg gjør der med eksisterende teori, og forsøker å ekstrahere elementer som kan forbedres i det videre arbeidet med kunnskapsbygging i Helse Nords organisasjon.

Jeg har valgt å designe en spørreundersøkelse som er gjennomført elektronisk via QuestBack, et nettbasert spørreskjema. Skjemaet er i all hovedsak prestrukturert, ved at alle spørsmål er låst ved å kun kunne svare mellom 5 alternativer. Det var i tillegg ett felt med rom for fritekst kommentarer. Jeg har vært tydelig på at jeg ønsker studentenes egne opplevelser knyttet til det aktuelle studiet, ikke hva de mente ut fra et generelt ståsted. Dette låser svarene til ett enkelt fenomen, og gjør det mindre aktuelt å generalisere funnene, noe jeg ikke har hatt ambisjon av å gjøre i utgangspunktet.

Jeg designet undersøkelsen som en rekke påstander, som respondentene skulle si seg mer eller mindre enig i.

Jeg har invitert samtlige studenter som har gått på de tre foregående kull ved Master i Helseledelse, etter å ha fått epostliste fra Handelshøyskolen i Bodø. Det ble sendt ut 75 invitasjoner til å delta, 3 epostadresser var ikke i bruk lengre, så 72 stk fikk reelt tilbud om å delta. Spørreundersøkelsen lå tilgjengelig på nett i ca tre uker, og det ble sendt ut en epost med påminnelse til samtlige 72, en uke før undersøkelsen ble lukket. Jeg oppnådde 40 genuine svar.

Spørreundersøkelsen var utviklet for å kunne se hvordan respondentene opplevde de tre hovedparameterne innenfor kunnskapsdeling; deling, etterspørsel og bruk av kunnskap, og alle tre parameterne hadde tre spørsmål hver, for å kunne se etter samvarians mellom dem. I tillegg ble de spurt om deltagelse i fagnettverk og hvordan de opplever at kunnskapen deres er kommet til rette etter studiet. I tillegg har jeg demografiske spørsmål om hvilket foretak de jobber ved, kjønn og utdanning/profesjon. Disse elementene vil jeg koble opp mot de enkelte tema i undersøkelsen, for å se etter avvik mellom de forskjellige foretak, kjønn og profesjoner.

For å forsøke å triangulere informasjonen jeg har fått fra min undersøkelse, har jeg innhentet resultatene fra en undersøkelse som ble gjort på samme populasjon høsten 2015. Denne undersøkelsen er gjort i regi av Handelshøyskolen i Bodø, og er vinklet som en undersøkelse av studentenes tilfredshet med studiet. I denne undersøkelsen er det noen utvalgte spørsmål som berører studiets relevans og bruk i videre lederjobb, og jeg har derfor valgt ut de spørsmål som angår samme tema som jeg undersøker, og regnet om data til samme faktorer som jeg har benyttet i min empiriske fremstilling. Design av spørreundersøkelsen var omtrent lik min undersøkelse, og det var i overkant av 30 respondenter på alle spørsmål jeg har hentet ut. Denne undersøkelsen blir presentert som sekundærdata, og den bruker andre spørsmål enn

min egen undersøkelse, det vil derfor ikke være en sann triangulering, men fortsatt vil den kunne sees i sammenheng med mine data under analyse og tolkning.

3.4 Validitet

Validitet er en vurdering av om funnene vi gjør i forskningen kan regnes som valide, eller gyldige. Validitet innen samfunnsvitenskapelig forskning er noe annet enn innen naturvitenskapelig forskning, det er en metodekritisk vurdering man selv må gjøre som forsker av et tema. Det er vanskeligere å vurdere validiteten i kvalitativ forskning, da man hele tiden tolker virkeligheten gjennom et sett data, som videre skal analyseres. Således kan man ikke oppnå en 100% sikker validitet, og jeg kommenterer derfor de overveiinger jeg har gjort meg rundt min forskning og dens validitet. Validiteten deler jeg inn i intern validitet og ekstern validitet, og jeg vil omtale begge.

3.4.1 Intern validitet

Intern validitet kan oversettes til troverdighet på norsk, og omhandler relasjonen mellom de data man samler inn og virkeligheten. Det omhandler om man har en kobling mellom virkeligheten og datamaterialet, om dataene beskriver det som faktisk er. Innen samfunnsvitenskapelig forskning kan man bruke sunn fornuft eller «face validity» for å vurdere om dataene som samles inn representerer det respondentene faktisk sier og mener. (Johannessen et al). Jeg har selv god innsikt i temaet og populasjonen som studeres, og baserer min begrepsvaliditet på dette, samt dialog med veileder og medstudenter. I tillegg må man vurdere om utvalget av respondenter er representabel for den populasjonen man forsker på. I mitt tilfelle ble hele populasjonen invitert til å delta i undersøkelsen, og 40 av 72 responderte, noe som tilsvarer en svarprosent på 56%. Ut fra den gode svarprosenten, at alle i populasjonen ble invitert til å delta, samt at demografisk fordeling i respondentgruppen ligner populasjonen generelt, mener jeg at resultatene fra respondentene kan representere populasjonen.

Jeg mener den interne validiteten er god, ut fra hyppige samstemminger mellom meg som forsker og populasjonen som undersøkes. Således mener jeg datamaterialet representerer populasjonen på en god måte, at den har en høy grad av intern gyldighet.

3.4.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet omhandler i hvor stor grad de data man samler inn og de funnene man gjør, kan generaliseres til andre populasjoner eller situasjoner. (Johannessen et al). Jeg har i utgangspunktet ikke satt meg som mål å kunne overføre noen av funnene til andre

populasjoner eller situasjoner enn den jeg forsker på, så ekstern validitet har ikke høy prioritet i min forskning. Jeg ønsker ikke å generalisere, men heller oppmuntre andre til å forske videre på emnet i mer generalisert form på et senere tidspunkt. Populasjonen jeg har undersøkt, er en snever gruppe med mange fellesfaktorer som samler dem som en gruppe. Det er personer med felles tilhørighet i spesialisthelsetjenesten, med ønske og ambisjon om å være ledere, og de fleste har en profesjonsbakgrunn innen helsetjenester. Jeg mener derfor at populasjonen er for snever til å kunne generalisere funnene i større grad, og den eksterne validiteten vurderes derfor som lav.

3.5 Reliabilitet

Med reliabilitet ønsker man innen samfunnsvitenskapen å si noe om hvor troverdig forskningen er. I stor grad vurderer man dette ut fra om forskningen lar seg reproducere av andre forskere. Siden samfunnsvitenskapelig forskning er innenfor et dynamisk felt, hvor forskningsobjektene og parameterne endrer seg over tid, må man ta høyde for dette i vurderingen av reliabiliteten. Man må vurdere nøyaktigheten i den metodiske fremgangen, og om analysene man gjør fremstår som objektive og nøytrale. (Johannessen et al). Som beskrevet under, er jeg aktiv i feltet jeg forsker på, og risikerer derfor å analysere data på en ikke nøytral måte. Videre er kombinasjonen av spørreundersøkelse med lukkede svaralternativer kombinert med kvalitativ analyse beheftet med risiko for bevisst eller ubevisst skjevtolkning av funn. Dette gjør i utgangspunktet min forskning utsatt for lav reliabilitet, og jeg må kompensere for det for å gi oppgaven troverdighet. Jeg har derfor valgt å innlemme resultatene fra en tidligere undersøkelse av samme populasjon, gjort av andre forskere, for å kunne triangulere funnene til en viss grad. Denne trianguleringen er ikke fullverdig, da det ikke er samme spørsmål som brukes, men de omhandler samme tema og er gjort på samme populasjon. I tillegg bruker jeg veileder og enkelte deltagere i studien som dialogpartnere for å få frem andre synspunkter eller vurderinger enn de jeg har gjort meg selv. Således vurderer jeg reliabiliteten min som litt for lav til å kunne konkludere sikkert på de funn og data jeg har, og jeg vil ta høyde for det i kapittel 5 og 6.

3.6 Mitt ståsted i forhold til forskningen

Jeg er, som mange av mine medstudenter, er opplært innenfor den naturvitenskapelige teori, ut fra vår profesjonsutdanning. Som student ved et samfunnsvitenskapelig studium må jeg velge en annen teoretisk ramme for min forskning; samfunnsvitenskapelig kvalitativ metode.

Dette medfører at jeg må tilnærme meg forskningen på en ny måte, noe som medfører enkelte utfordringer og muligheter. Jeg må derfor definere mitt samfunnsvitenskapelige ståsted eksplisitt.

Jeg har benyttet meg av kvalitativ metode for å belyse forskningsspørsmålene mine på best mulig måte. En slik bruk av kvalitativ metode bygger på teorier om fortolkning; hermeneutikk, og menneskelig erfaring; fenomenologi. (Johannessen m.fl. 2011)

Samfunnsvitenskapelig har jeg da et fortolkende, epistemologisk perspektiv, hvor jeg gjør en fortolkning av det jeg observerer, og jeg søker ikke absolutte sannheter i min forskning, men heller få frem det unike og spesielle innenfor forskningsfeltet mitt.

Mitt konkrete ståsted i forhold til den forskningen jeg har gjort i forbindelse med denne oppgaven, er at jeg er selv student på studiet jeg forsker på, og tema for studiet er valgt ut fra erfaringer i egen hverdag. Jeg står med andre ord med begge beina godt plantet i feltet jeg undersøker, med de fordeler og ulemper det medfører. Det gjør meg til en observerende deltaker, jfr. Johannessen mfl. Det viktigste elementet er at jeg risikerer å vri funn og observasjoner i en ønsket retning, eller selektivt finner litteratur som understøtter mine oppfatninger av temaet. Samtidig er det en styrke at jeg har god innsikt i temaet i utgangspunktet, og har samstemt mine tanker og oppfatninger med andre, nåværende studenter. Disse er ikke med i studien, men er brukt som referanser i utarbeidelsen av spørreskjema og spissing av problemstilling og forskningsspørsmål.

Det er ved denne forskningsformen stor fare for at min egen tolkning tar for stor plass, og dette vurderer jeg selv som oppgavens største svakhet. For å hindre vridning av teori og observasjoner har jeg tatt i bruk metoder fra psykologisk observasjon, hvor man bevisst jobber med egen rolle i relasjoner og er svært reflektert over hvordan egen rolle kan innvirke på det andre objektet og relasjonen. I tillegg har jeg reflektert og vært i fortløpende dialog med andre på mitt studiekull og veileder for å høre deres tanker og synspunkter på dette. Jeg vil og være svært forsiktig med å trekke opp sammenhenger og årsaker til de funn jeg kommer med. For å gi dette større gyldighet og troverdighet, må det gjennomføres ny forskning på et senere tidspunkt, eventuelt at andre forsker på samme tema.

4.0 Empiri

4.1 Presentasjonsmåte av data

Jeg ønsker å innlede empirikapittelet med å gi en innføring i hvordan jeg presenterer datamaterialet, og en begrunnelse for hvorfor jeg velger å presentere det på denne måten.

For å kunne presentere tallene på en kondensert og oversiktlig måte, ønsket jeg å presentere gjennomsnittsverdier, fremfor frekvenstabeller basert på demografiske variabler. Dette får frem gjennomsnittlig enighet med påstanden, og de får frem gjennomsnittlige forskjeller mellom de demografiske faktorene jeg har satt inn. Det jeg mister ved en slik fremstilling, er variansen innenfor svarene, hvor stor spredningen er. For å sørge for en god fremstilling av dette, har jeg et eget appendix med frekvenstabeller for hvert enkelt spørsmål (Appendix 1)

De fleste spørsmålene i undersøkelsen min er laget som en påstand man skal si seg en grad av enig i, med fem kulepunkter man kan gradere mellom; *helt uenig*, *litt uenig*, *nøytral*, *litt enig* og *helt enig*. For å forenkle og kondensere visualiseringen av disse, har jeg valgt å regne om til en lineær skala mellom 0 og 100, hvor helt uenig scorer gir en score på 0, litt uenig scorer 25, nøytral scorer 50, litt enig scorer 75 og helt enig scorer 100. Således blir det en skala som illustrerer gjennomsnittlig enighet med påstanden, innenfor de enkelte parameterne.

I de spørsmål det ikke er brukt denne fremgangsmåten blir det kommentert eksplisitt. To av påstandene er bevisst gjort inverterte med en negativ vinkling på målet, slik at en høy score der vil indikere lav grad av det jeg definerer som positivt. Svarene på disse spørsmålene inverteres tilbake til samme skala formelen $(100-X)$. Årsaken til at jeg inverterte enkelte spørsmål, var for å unngå at man konsekvent svarte høyt oppe på skalaen på samtlige spørsmål. Det er også lagt opp til muligheten for fritekst svar og kommentarer i undersøkelsen, noe som ble svært lite brukt; kun 6 av respondentene kom med tilleggsopplysninger ut over spørsmålene, mens 3 kom med tekniske kommentarer til enkeltspørsmål.

4.2 Egen undersøkelse - Primærdata

Av 72 inviterte deltagere, responderte 40 av dem innen en tre ukers periode. Det ble sendt ut påminnelse til samtlige inviterte en uke før undersøkelsen stengte, og 15 av de 40 respondentene svarte etter denne påminnelsen.

Fordelingen av respondenter er som følger:

- Foretakstilhørighet: 17 fra Universitetssykehuset i Nord-Norge, 6 fra Nordlandssykehuset, 7 fra Helse Nord RHF, 3 fra Finnmarkssykehuset, 4 fra Helgelandssykehuset, 1 fra Sykehusapoteket og 2 stykk har gått ut av Helse Nord's foretak og jobber annet sted.
- Kjønnsfordeling: 22 stykk er kvinner, 18 er menn
- Profesjonsbakgrunn: 21 er sykepleiere, 9 er leger, 1 er psykolog, 2 har annen helsefaglig profesjon og 7 har ikke en helsefaglig profesjonsbakgrunn. Grunnet lavt antall psykologer (1), har denne gruppen blitt slått sammen med «annen helsefaglig bakgrunn» i videre presentasjon.

Ut fra en vurdering av demografien til de 72 inviterte, anses fordelingen av respondenter som god og representabel.

Jeg har som hovedmål å undersøke hvordan kunnskapen brukes, deles og etterspørres i organisasjonene, og har ut fra dette lagd tre spørsmål til hver av de tre kategoriene. Oppsummert viser de som følger:

Studentenes opplevelse av egen deling av kunnskap, et samlet gjennomsnitt av spørsmål 3, 5 og 11, scorer de **75%** – Noe som tilsvarer «litt enig».

Deres opplevelse av egen bruk av kunnskapen, et samlet gjennomsnitt av spørsmål 1, 4 og 7, scorer de **67%**, mellom «nøytral» og «litt enig»

Når det kommer til leders og organisasjonens etterspørsel av kunnskap, et samlet gjennomsnitt av spørsmål 8, 9 og 10, scorer de **63%**. Her bemerkes at ett spørsmål, som var invertert i spørreskjema slår sterkt ut, uten dette vil score blitt 40%. Et svar på 63% tilsvarer mellom «nøytral» og «litt enig»

4.3 Resultater fra spørreundersøkelsen - enkeltspørsmål

Her presenterer jeg resultatene fra spørreundersøkelsen enkeltvis. Tilsvarende søylediagram med spredning innenfor svarene finnes i appendix 1. Jeg har analysert hvert spørsmål opp mot foretakstilhørighet, kjønn og profesjonsbakgrunn, og presenterer disse resultatene i samme tabell som gjennomsnittet av hele populasjonen. Dette for å lettere illustrere de samvarianser som kommer frem gjennom en slik tofaktors-analyse. Når det kommer til foretakstilhørighet, har jeg valgt å begrense presentasjonen til kun Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset, grunnet lav deltagelse fra øvrige foretak. Jeg ønsker og å sammenligne to foretak som har forskjeller i rekruttering til studiet, noe jeg omtaler videre i kapittel fem.

1. Jeg føler at min kompetanse fra Master i Helseledelse har kommet til nytte i min arbeidshverdag.

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
88	87	87	86	90	94	75	92	86

2. Jeg har engasjert meg i fagnettverk eller lignende, som går på tvers av konvensjonelle strukturer i foretaket

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
64	53	79	58	64	68	58	67	61

3. Jeg har selv delt av min kunnskap om ledelse med mine kollegaer

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
90	85	92	88	84	92	86	92	79

4. Jeg har byttet stilling til en med mer lederansvar

- Her bemerkes at det kun er to svaralternativer, «Ja» og «Nei», hvor resultatene viser prosent som svarer «Ja»

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
49	41	30	39	50	43	50	33	71

5. Det er forventet at man deler kunnskap man tilegner seg i min klinikk

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
71	81	63	72	70	70	75	59	71

6. Studiet Master i helseledelse har gitt meg større selvtillit som leder

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
78	85	63	76	81	80	75	80	82

7. Kompetansen fra studiet har medført at jeg har fått mere lederansvar

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
65	69	63	67	60	64	56	50	86

8. Min kompetanse har blitt aktivt etterspurt av min leder

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
57	66	54	50	63	57	56	67	54

9. Jeg har opplevd negativ oppmerksomhet omkring min deltagelse på studiet

- Dette er et negativt, «invertert» spørsmål, hvor en lav score anses som positivt

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
13	12	08	13	14	14	19	0	07

Inverterer vi svarene etter formelen (100-opprinnelig svar) får man:

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
87	88	92	87	86	86	81	100	93

10. Arbeidsgiveren min kunne utnyttet min lederkompetanse på en bedre måte

- Dette er et negativt, «invertert» spørsmål, hvor en lav score anses som positivt

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
64	65	83	78	52	55	78	67	71

Inverterer vi svarene etter formelen (100-opprinnelig svar) får man:

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
46	35	17	22	48	45	22	33	29

11. Hos oss er det en kultur som legger til rette for kunnskapsdeling

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
63	75	54	63	64	63	64	67	61

12. Studiet har i tillegg til å utdanne meg innen ledelse gitt meg økt kompetanse innen:

; Budsjettarbeid

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
69	84	63	58	75	69	75	75	54

; Prosjektarbeid

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
59	69	63	57	61	65	64	67	32

; Konflikthåndtering

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
41	49	33	40	42	48	33	50	21

; Medarbeidersamtaler

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
45	50	42	39	49	50	44	33	29

; Organisasjonsutvikling

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
80	84	71	75	86	80	78	92	82

; Innovasjon

Total	UNN	NLSH	Mann	Kvinne	Sykepleier	Lege	Annen helsefaglig	Annen ikke-hf.
68	66	63	61	74	71	58	80	68

Fritekstkommentarer i spørreskjema:

«Positiv arbeidsgiver, men ingenting har skjedd i etterkant ...»

«Det kan virke som om master er noe man gjør i UNN fordi man har en lederstilling. Selv har jeg ikke merket at det å ha tatt master har fått noen betydning»

«Utdanningen virker ikke interessant for arbeidsgiver.»

«Kunnskap og saksopplysning er ikke alltid ønsket.»

«Jeg har selv valgt å gå ut av min lederjobb»

«Jeg har ikke ønsket en annen stilling»

Øvrige kommentarer var av teknisk art eller korrigerende til enkelt svar

4.4 Data fra tidligere undersøkelse - Sekundærdata

Nord Universitet har gjennomført undersøkelser på tidligere studenters tilfredshet med studiet, og hvor relevant de opplever det for arbeidshverdagen. Denne undersøkelsen ble gjennomført høsten 2015. Jeg vil presentere data fra denne undersøkelsen i oppsummert form. Undersøkelsen er i samme design som min, med bruk av QuestBack og fem kulepunkter med samme benevnelse som jeg har benyttet. I tillegg til å evaluere studiet, har de i undersøkelsen enkelte spørsmål som omhandler mitt forskningstema. Jeg presenterer derfor utvalgte

spørsmål, med opprinnelig nummerering fra undersøkelsen, og resultatet omregnet til samme enhet som i mitt tallmateriale under. Antall respondenter er i overkant av 30 på alle spørsmål.

28. Jeg hadde forventninger om å få nye arbeidsoppgaver i Helse Nord da jeg startet studiet - Score 57

29. Jeg har fått nye og mer utfordrende arbeidsoppgaver i Helse Nord - Score 60

30. Jeg har fått nye og mer utfordrende arbeidsoppgaver utenfor Helse Nord - Score 44

31. Min arbeidsgiver har satt pris på at jeg tok studiet - Score 74

32. Jeg har fått nye muligheter i Helse Nord - Score 58

33. Jeg er fornøyd den kompetansen jeg har fått gjennom masterstudiet - Score 87

34. Masterstudiet har i ettertid innfridd de forventningene jeg hadde - Score 84

54. Helse Nord bør satse mer på å utvikle ledere som har tatt masterstudiet i helseledelse - Score 81

55. Rekruttering av studenter til studiet bør skje mer systematisk enn i dag - Score 82

5.0 Analyse og funn

I dette kapittelet vil jeg drøfte mine empiriske funn opp mot tidligere funn innen samme populasjon og mot det teoretiske grunnlaget jeg har beskrevet i kapittel 2. Jeg vil ta med meg de mest interessante funnene videre i konklusjon, som er i kapittel 6. Som jeg har bemerket i metodekapittelet, har jeg ingen ambisjoner om at mine funn i denne studien på noen måte vil kunne generaliseres, men jeg vurderer den interne validiteten som god nok til å kunne analysere dataene mine og drøfte dem opp mot teori på et akseptabelt grunnlag. Som bemerket, setter jeg spørsmålsteget ved reliabiliteten, og vil derfor være forsiktig med å trekke konklusjoner og sammenhenger. Jeg velger å presentere analysen av demografiske forskjeller før jeg analyserer og drøfter data opp mot teorien, da det ligger noen forskjeller innenfor demografiske parametere som bør tas hensyn til i videre analyse.

5.1 Demografiske forskjeller

Årsaken til at jeg har tatt med tre demografiske faktorer, og ønsker å se etter forskjeller innenfor deres variabler, er at dette kan gi interessante funn som har nytte for hvordan man kan tolke videre de generelle funn. Det kan gi et interessant innblikk i forskjeller som har betydning for hvordan man rekrutterer til studiet, og hvilke faktorer som kan bidra til et best mulig utbytte av studiet. Det kan også komme med funn som indikerer at kunnskapsdeling påvirkes av andre faktorer enn de jeg bringer frem i denne oppgaven, noe som er viktig for en videre refleksjon og forskning innenfor emnet.

Når det gjelder sammenligninger mellom foretak, har jeg valgt å ta med bare UNN og NLSH, da antall respondenter fra de andre kliniske foretakene er lav. Jeg ønsker ikke å sammenligne Helse Nord RHF med de kliniske underforetakene, da deres arbeidshverdag avviker en del fra hverdagen i en klinisk rettet sykehusorganisasjon. Deres individuelle svar er selvfølgelig tatt med i de øvrige gjennomsnitt, ut fra andre demografiske parametere. Det bemerkes og at det bare var en psykolog som svarte på undersøkelsen, og for videre analyse ble den slått sammen med gruppen «annen helsefaglig bakgrunn».

5.1.1 Forskjeller mellom foretak

Bakgrunnen for å sammenligne mellom foretak, er at vi på fjerde kull opplever stor forskjell i hvordan vi har blitt rekruttert til studiet, og hvor bevisst foretakene er på studiet. I tidligere evaluering av studiet scorer 75% av respondentene positivt på at rekrutteringen bør bli mer systematisk enn i dag. Slik vi opplever det, er det en mer målrettet rekruttering til studiet ved UNN, og ledere der har et tydelig ønske om å kvalifisere sine ansatte gjennom dette studiet. I

Nordlandssykehuset opplever vi at rekrutteringen er mer passiv og tilfeldig, hvor det legges ut på intranett at man kan søke, og det er ikke samme opplevelsen av at man er bevisst dette studiet blant ledere i klinikkene. Jeg har tanker om at rekrutteringsmetode og bevissthet omkring studiet kan ha noe å si for videre kunnskapsdeling. Organisasjonens etterspørsel og forventning til deling må antas å øke når de er bevisste på hvilken kompetanse som tilføres organisasjonen.

Vi ser at begge foretakene har mindre grad av opprykk til nye stillinger, sammenlignet med gjennomsnittet. Innenfor UNN scorer de gjennomsnittlig 41%, og NLSH 30% på spørsmål om de har fått nye stillinger med mer lederansvar, og på spørsmål om de har fått nye arbeidsoppgaver med mer lederansvar, svarer de hhv. 69% og 63%, noe som er likt gjennomsnittet. Dette kan skyldes flere årsaker, de mest åpenbare er at mange deltakere på tidligere kull har hatt lederstillinger med liten mulighet for videre opprykk, og mange kliniske ledere ønsker seg ikke nye stillinger. Når vi ser på om de har fått mer lederansvar, ser vi at de ligger likt med gjennomsnittet, og en del høyere enn spørsmålet om ny stilling. Dette viser at de fleste får mer lederansvar etter studiet, selv om det ikke nødvendigvis medfører ny stilling. Ut fra besvarelsene fremgår det at kun to av 40 respondenter har gått ut av Helse Nords foretak, noe som betyr at kompetansen blir værende i organisasjonen over tid.

Det er påfallende at UNN's respondenter scorer markant høyere enn NLSH's på spørsmål om hvilke forventninger det er til deling i organisasjonen (hhv. 81% og 63%) og at man har en kultur som legger til rette for deling (75% og 54%). Dette impliserer at UNN har en mer aktiv holdning til kunnskapsdeling, hvor det ligger forventninger og kulturelle krav om deling i organisasjonen, i større grad enn NLSH. Årsakene til denne forskjellen er ikke åpenbar, men en mulighet er at UNN er en opplæringsinstitusjon i større grad enn NLSH, ved å ha helsefaglige utdanninger ved Universitetet i Tromsø som er aktivt er inne i klinikkene ved opplæring og hospitering. Dette kan muligens smitte over på de ansatte, ved at kunnskapsdeling er en mer naturlig del av hverdagen. Videre er kulturdannelse i klinikker en langvarig og komplisert prosess som det ikke er rom for å utdype videre her.

Vi ser at UNN scorer høyere på spørsmål om man har fått mere selvtillit som leder etter studiet, med 85% mot 63%. Dette tror jeg delvis kan skyldes hvordan organisasjonen møter studentens og dens kompetanse. Ut fra at UNN virker å ha en større bevissthet rundt utdanningen, vil kollegaer og ledere anerkjenne den og etterspørre kunnskapen i større grad. Det må undersøkes nærmere omkring en slik kausalitet om man skal være mer sikker på sine

funn. Studiet kan og ha en anseelse i seg selv innenfor organisasjonen, hvor man blir møtt med større anseelse og tyngde når man har fullført studiet. I tillegg til ytre respons, bygger selvtillit generelt på indre faktorer, både med økt kompetanse og trygghet i sin rolle, samt personlige faktorer. Disse anser jeg som sannsynlig er likt fordelt innen foretakene, og at de ikke vil spille noen rolle i forskjellene.

På spørsmål om leder kunne utnyttet respondentens kompetanse på en bedre måte, svarer overraskende mange seg enig. UNN scorer 65% og NLSH 83%, noe som fremstår som høye tall på et viktig område. Jeg har ingen videre forklaring på forskjellene enn at UNN kan ha høyere bevissthet på studiet, men vil vurdere de generelt høye tallene videre under kapittel 5.2. Når vi ser på bruk av fagnettverk, scorer UNN lavere enn NLSH, med hhv. 53% og 79%. Dette kan skyldes et økt fokus på fagnettverk i NLSH, noe som videre kommer av at man er mer avhengige av kunnskap fra utsiden av organisasjonen. Vi vet at UNN har en tett kontakt med fag og forskningsmiljøer ved UiT, mens NLSH er fysisk langt vekk fra slike ledende fagmiljøer. Begge sykehusene har lokaliteter på flere steder, så dette skal ikke påvirke graden nevneverdig mellom dem. Således kan det virke mer naturlig for NLSH å bruke fagnettverk som metode for å oppdatere og opprettholde kunnskap og kompetanse i organisasjonen, og at forskjellen dermed ikke tilsier noen annen forskjell i samhandling med andre internt og eksternt for organisasjonen.

5.1.2 Forskjeller mellom kjønn

Ved å se etter forskjeller mellom kjønn, er det ikke for å gjøre en dypere analyse av hva kjønn har å si for temaet ledelse og kunnskapsdeling. Jeg ønsker å se etter større avvik, som kan være viktige korrigeringer i videre analyse av de generelle funnene.

Det er derfor gledelig å se at det nærmest ikke er forskjeller mellom kjønnene. Det er kun små varianser som skiller på de fleste spørsmål, og med få respondenter blir det for lite evidens for å mene noe som helst. Det eneste stedet hvor det er en markant forskjell, er i opplevelsen av at leder kunne utnyttet respondentens kompetanse bedre. Her kommer det frem at menn scorer vesentlig høyere enn kvinner, hhv. 78% og 52%. Dette er viktig å ha med i videre analyse, da det tyder på at kjønn spiller en rolle innenfor dette tema. Det kan tenkes at menn i gjennomsnitt har en større tro på egen kompetanse og ferdigheter, mens leder ikke ser samme potensialet. Dette er kontroversielle teorier, men allment diskutert og mange andre forklaringer på forskjellen fremstår som enda mer kontroversielle. Det at mannlige ledere ikke

får utnyttet sitt potensiale i like stor grad som kvinner, virker ikke like sannsynlig, ut fra den langvarige mannlige dominansen innenfor ledelsesfaget.

5.1.3 Forskjeller mellom profesjoner

Ved å se etter forskjeller mellom profesjoner, og om det er forskjeller mellom de med helsefaglig bakgrunn og de uten helsefaglig bakgrunn, vil jeg fange opp forskjeller som kan gi større forståelse og dybde av gjennomsnittsberegningene i de påfølgende kapitler. Det er en kjensgjerning at det har vært en utvikling innenfor sykehus, med gradvis mindre andel leger som er ledere, og mer ledelse av sykepleiere, andre helsepersonell, og etter hvert flere uten helsefaglig bakgrunn. Det er tidligere gjort forskning på hvordan profesjonsbakgrunn påvirker en leders rolle og stil, hvor man finner at profesjonsbakgrunn har mye å si for hvilken lederstil og lederrolle man går inn i, og videre hvordan man utøver sitt lederskap. Jeg ønsket å undersøke om det var slike forskjeller også innenfor mitt tema, og om disse forskjellene var så store at de fikk implikasjoner for mine videre vurderinger i den generelle analysen.

Når vi ser på forskjellene mellom de ulike profesjonsbakgrunnene, må det tas med i vurderingen at det er til dels små utvalg, og dermed større usikkerhet til tallmaterialet. Det som fremgår gjennomgående, er at leger opplever seg mindre enig i de fleste påstandene, stort sett marginalt mindre enn andre grupper, men det er gjennomgående på de fleste spørsmål. Det er noen større avvik som må kommenteres eksplisitt, og det første er hvordan ikke-helsefaglig utdannede som har respondert, har fått nye stillinger med mer lederansvar. Det er hele 71 prosent av respondentene innenfor denne gruppen som har fått nye stillinger med mer lederansvar, sammenlignet med gjennomsnittet på 49 prosent. Årsaken til dette er ikke klar, men det kan tenkes at personer som ikke har helsefaglig bakgrunn har et større læringsutbytte av studiet, i den form at de får større innsikt i klinisk drift og det som er spesifikke utfordringer innenfor helsevesenet, fremfor andre sektorer. Det kan også skyldes at de uten profesjonsbakgrunn står friere til å flytte på seg i organisasjonen, de er ikke like bundet til enkelte fagfelt som enkelte med profesjonsbakgrunn, og de har ikke samme ønsket om å være i nær kontakt med sine felles profesjonsutøvende kollegaer.

Når det gjelder å oppleve negativ oppmerksomhet rundt sin deltakelse på studiet, er det nesten bare leger og sykepleiere som har opplevd dette, og det i svært liten grad.

På spørsmål om leder kunne utnyttet respondentens kunnskap på en bedre måte, er leger og til dels ikke-helsefaglig utdannede mer kritisk enn andre helsearbeidere. Jeg finner ingen videre åpenbare årsaker til denne forskjellen.

5.2 Etterspørsel, bruk og deling av kunnskap - Kunnskapsledelse

Vi ser på det generelle spørsmålet om man føler studiet har kommet til nytte i hverdagen, at snittet ligger på **88%**, med andre ord svært god tilfredshet med nytten av kunnskapen de har ervervet. Ut fra dette slutter jeg at respondentene vurderer sin kunnskap som nyttig for seg selv, og videre må man anta at andre i lignende rolle i organisasjonen vil ha nytte av kunnskapsdeling. Jeg mener da forutsetningene ligger til rette for en mulig kunnskapsdeling, ut fra deres vurdering av at dette er nyttig kunnskap. Kun legegruppen har en noe lavere score på 75%.

Når det kommer til de tre elementene av kunnskapsdeling, se vi at studentenes opplevelse av egen deling av kunnskap scorer de **75%**, egen bruk av kunnskapen scorer de **67%** og leders og organisasjonens etterspørsel av kunnskap, scorer de **63%**.

Det er altså små avvik i de tre dimensjonene, alle tre gjennomsnittene ligger mellom «nøytral» og «litt enig». Ut fra forståelsen av kunnskapsdeling jf. Dalkir, må alle tre delene av triangelet optimaliseres for å oppnå optimal kunnskapsdeling i en organisasjon. Man kan ikke oppnå tilfredsstillende deling hvis en av faktorene ikke er til stede. I så måte er det lite som tyder på at kunnskapsdelingen i Helse Nords organisasjoner er dårlig, men den kan sannsynligvis forbedres ytterligere. Nerstad et al (2013) beskriver hva som skjer om en kunnskapsarbeider velger å ikke dele med de andre i organisasjonen, den enkelte arbeideren risikerer å bli utelatt fra kunnskapsdeling fra andre, og isoleres bort fra fellesskapet. Det er et konkret bilde på hva som skjer om en av parameterne svikter. Det er økt fare for slik kunnskapsskjuling hvis man er i et presset marked, hvor den enes brød kan medføre den andres død. I dagens sykehusorganisasjoner har vi sterke krav om økonomisk innsparing og effektivisering, og det er i enkelte klinikker kamp om faste stillinger og noen steder er det større omorganiseringer, hvor arbeidstakerne settes sammen i nye grupper. Slike omgivelser kan ifølge Nerstad medføre kunnskapsskjuling, men når det kommer til mine resultater i undersøkelsen, tyder det på at respondentene er ivrige etter å dele sin kunnskap. De scorer høyest av de tre parameterne på egen deling av kunnskap, noe som kanskje må korrigeres litt, ut fra en forståelse av at man ofte overdriver egen innsats sammenlignet med den observerbare virkeligheten. Jeg finner heldigvis ingen tegn til at noen forholder seg som karakteren Gollum gjør, referert i oppgavens tittel, og holder på kunnskapen sin som en verdisak. Som Dalkir trekker frem; kunnskap blir ikke mindre verdt når den deles, med mindre det er et konkurrerende miljø, hvor kunnskap er et fortrinn.

Når vi ser på respondentenes bruk av kunnskapen der har ervervet, svarer de på flere spørsmål, både fra min undersøkelse og den som ble gjennomført av studiestedet i 2015, at kunnskapen har vært relevant for deres videre karriere, og at de bruker den aktivt i hverdagen. Hele 27 av 40 er helt enig i at kunnskapen har kommet til sin rett, og ytterligere 8 er litt enig. Det viser både at kunnskapen fra studiet oppleves som relevant og treffende, og at respondentene føler seg kompetent til å ta den i bruk. Gjennom å bruke kunnskapen som er ervervet teoretisk, vil de ifølge Filstad, C (2012) bevege seg i retning av å utvikle kompetanse, og innehar en høyere grad av kunnskap enn den som er teoretisk lært. Det er derfor viktig at de som studerer ved Master i Helseledelse fortsetter å utvikle seg som ledere, og jobber med ledelse i hverdagen videre. Ut fra mine tall, ser vi at de aller fleste blir i sine lederjobber, mange får mer lederansvar, og vokser sammen med den økende kompetansen. Enkelte har valgt å gå ut av ledelse, av forskjellige årsaker, og mister da den ytterligere læringen og kompetanseutviklingen. Dette kan være et moment for Helse Nord å ta med videre, at man forsøker ytterligere å redusere frafallet fra ledelse etter studiet. Selvsagt kan man ikke garantere for noen videre karrierevei, men en aktiv utvelgelse av kandidater til studiet, og kanskje et søkerintervju e.l. kan være med å gi optimal utnyttelse av de studieplassene som finnes.

Organisasjonens og leders etterspørsel av kunnskap som er ervervet ved studiet, var den delen av triangelet hvor det var størst spredning på svarene, og det var størst misnøye. 11 av 40 er helt eller delvis uenig i påstanden om at deres leder har aktivt etterspurt kompetansen der har ervervet, og 14 av 39 mener kompetansen deres kunne vært bedre utnyttet. Denne opplevelsen er selvfølgelig ikke ønskelig, men det kan være flere faktorer som spiller inn. Det er ikke et uvanlig funn at arbeidstakere føler at deres kompetanse kommer til sin rett, og det er heller ikke sikkert at arbeidstaker har fått med seg at leder etterspør kunnskapen deres. Ser vi på de andre svarene, har flesteparten fått mer lederansvar og på den måten er deres kompetanse blitt etterspurt. Misnøyen den enkelte opplever kan være destruktiv, og det er et viktig poeng å adressere denne misnøyen, uten å ta stilling til om den er grunnløs eller ikke. Dyb, E (2014) beskriver hvordan den subjektive opplevelsen til deltakere spiller en stor rolle i deres medvirkning i kunnskapsdeling. Det er mulig å jobbe med enkeltpersoner for å kartlegge misnøye, og bevisstgjøre den enkelte på hvordan dette påvirker både deres hverdag og fellesskapet, og man kan få til endringer på individnivå som styrker fellesskapet. Det er her en av de store lederutfordringene ligger i en kunnskapsbedrift, de ansatte må sees og møtes som individer, og føle seg verdifull i fellesskapet.

5.3 Fagnettverk

Spørsmål 2 går direkte på respondentens deltagelse i fagnettverk, og dette spørsmålet er frikoblet fra de øvrige i undersøkelsen, men er med for å se hvordan erfaringen med bruken av fagnettverk er hos ledere, og hvor aktivt de deltar i dem. Vi ser her større variasjoner mellom foretak, men mindre mellom profesjoner og kjønn. UNN scorer 53% og NLSH 79% på bruk av fagnettverk. Dette har jeg redegjort for i avsnittet over, men ut fra et generelt perspektiv, ser man at det er relativt stor erfaring fra fagnettverk i respondentgruppen. Det viser at fagnettverk som metode er en etablert form for kunnskapsdeling innenfor Helse Nord, og at konseptet er godt kjent blant de ansatte. Når det kommer til ledelse, kjenner jeg ikke til noen formelle fagnettverk innen Helse Nord, men en del av lederne har ledersamlinger som i praksis er styrt av overordnet leder og dens stab. Samtidig opplever mange ledere på lavere nivå i organisasjonene å være alene og ikke ha likesinnede å drøfte sine daglige utfordringer med.

Nesheim, T et al (2011) beskriver hvordan en stor bedrift i Norge har aktivt brukt fagnettverk som læringsverktøy, og hvordan de ansatte forventes å være deltagere i minst ett nettverk. Ut fra deres forskning erfarer de at de ansatte opplever fagnettverkene som det viktigste stedet for læring og kunnskapsutvikling. Kunnskapen fører til mer effektiv ressursbruk og forbedringer i egen arbeidshverdag, og deltagerne føler og de har et personlig utbytte av å delta. Ut fra dette mener jeg det er en ide å prøve ut et fagnettverk for ledere, og da kanskje spesielt ledere på lavere nivå i organisasjonene, for å sikre at 1. og 2.-linjeledelse får et generelt kunnskapsløft og at de får en fellesskapsfølelse som hjelper dem å holde ut.

5.4 Psykologiske faktorer

Når det gjelder respondentenes svar sett opp mot den psykologiske teorien omkring tillit og motivasjon til å dele, finner man at de fremstår motiverte til å dele, og at de opplever relativt stor grad av tillit til sine kollegaer, og stoler på at kunnskapsdeling ikke medfølger tap av eksklusivitet. Det kan fremstå som om frykten for intern konkurranse og hemmelighold er større enn den oppleves i virkeligheten, da mine respondenter er spredt over mange forskjellige organisasjoner og nivå, og hvor kun 13% sier seg uenig i påstanden om at det forventes at man deler av sin kunnskap i organisasjonen. Filstad (2014), trekker frem leders rolle i oppbyggingen av organisasjonens kultur og den enkeltes motivasjon til å dele kunnskap, både som rollemodell og ved å ikke lage ordninger eller systemer som skaper intern konkurranse mellom de ansatte. Dette er viktig å ta med videre, for om man ikke ser

store tegn til det i dag, kan det fort dukke opp om man ikke er bevisst på implikasjonene det kan ha videre. (Lines, 2011)

5.5 Andre, frittstående observasjoner

49% har fått ny stilling med mere lederansvar, man er 65% enig i at man har fått mer lederansvar. Det tyder på at studiet i stor grad er karrierebyggende, og det finnes ingen store forskjeller mellom kjønn, profesjonsbakgrunn eller foretak. Dette er overraskende høye tall, men tyder på at også studentenes ledere opplever kompetansen fra studiet som god og treffende.

I tillegg er det betryggende å se at svært få har opplevd negativ oppmerksomhet rundt sin deltagelse på studiet, kun noen enkeltindivider har opplevd dette i liten grad, da hovedsakelig leger og sykepleiere. Dette tolker jeg som at organisasjonene er innstilt på at ledelse er et viktig fag, hvor man bør ha kunnskap og kompetanse, og at man derfor må dra ut av organisasjonen for å få dette. Det kan også tenkes at Helse Nords eieforhold til studiet gir det en ekstra legitimitet internt i organisasjonene, at man oppfatter studiet som mer egnet og legitimt enn annen, mer generell utdanning.

5.6 Fritekstkommentarer

Det var overraskende liten bruk av fritekstkommentarer, et moment som skulle bidra til dybde i tolkningen av oppgaven. Det kan ha noe med utformingen, at man blir vant til å krysse av, og derfor ikke «orke» å skrive noe mer når det kommer et fritekstfelt. Kommentarene som kom, var i stor grad av negativ valør, og ved å se gjennom de enkeltes svar på undersøkelsen, var det i hovedsak de med mest negative svar generelt som skrev kommentarer.

Kommentarene får derfor stå som enkeltutsagn, jeg velger å ikke tolke dem noe videre.

6.0 Konklusjon og vurdering

For å kunne konkludere med funn innenfor forskning, må man finne diskrepanser mellom teoretisk utgangspunkt/nullhypotesen og de empiriske data man har samlet inn. Hvis data er samlet inn på en kvalitetsmessig god måte, kan man konkludere med å ha funnet noe nytt som kan tilføre ny kunnskap til et fagområde. Eventuelt, om man ikke finner forskjeller, bekrefter man nullhypotesen og sementerer eksisterende kunnskap. I samfunnsvitenskapelig forskning er det ikke alltid hensiktsmessig eller mulig å sette opp nullhypoteser og teste den, da man forsker på kvaliteter og fenomener som ikke lar seg kategorisere eller sette opp som enten/eller-hypoteser. I mitt tilfelle er det mer snakk om å undersøke et fenomen og se om intensjonene følges opp gjennom handlinger frem til måloppnåelse

Jeg satte meg som mål for denne oppgaven å svare på problemstillingen «Hvordan brukes, etterspørres og deles kunnskap som erverves gjennom studiet Master i Helseledelse?», og videre undersøke hvordan teorier om kunnskapsledelse og fagnettverk kunne forbedre eventuelle suboptimale eller mindre gode resultater.

Som hovedkonklusjon vil jeg trekke frem at det virker som om kunnskapen man erverver ved studiet kommer til nytte i hverdagen etter endt studium, og at de fleste opplever utdanningen som relevant og viktig for videre karriere. Spesielt vil jeg trekke frem at nesten halvparten av studentene har fått nye stillinger med mer lederansvar, og mange har også fått mer lederansvar i sin nåværende stilling. Samtidig er det enkelte som kommenterer at de har valgt å gå ut av ledelse eller trappe ned lederansvaret frivillig, så oppsummert må man kunne si at Master i Helseledelse er et karrierebyggende studium innen ledelse, og at kompetansen man erverver vurderes som god og relevant både av arbeidsgiver og arbeidstaker.

Videre til oppgavens hovedfokus, kunnskapsdelingen. Her er det mer varierende resultater, og resultatene varierer mer mellom de demografiske faktorene jeg har satt opp. Det er dog så små utvalg og mye usikkerhet omkring datamaterialet, så jeg vil ikke konkludere sterkt på noen av funnene, men heller tolke dem som interessante tegn, som kan følges opp med mer undersøkelser. Vi ser mest spredning i besvarelsene omkring om leder etterspør kunnskapen og om man føler kompetansen blir godt nok utnyttet, noe som er interessant, men også tveegget. Slik man er psykologisk satt sammen, vil nok de fleste føle at deler av sin kompetanse ikke kommer til sin rett, nærmest uansett hvilken jobb man har. Leders etterspørsel av kunnskap kan også virke noe mer nyansert, når man ser hvordan de fleste har fått mere lederansvar eller nye stillinger. Det kan hende den muntlige etterspørselen og

dagligdagse praten omkring ledelse ikke er så stor, men leder etterspør kompetansen ved å utnytte den ved å gi nye, mer utfordrende arbeidsoppgaver.

Heldigvis ser jeg lite tegn til at noen skjuler kunnskap for kollegaer, eller at organisasjonene ikke legger til rette for kunnskapsdeling gjennom sin kultur, struktur og ledelse.

Videre vil jeg bemerke studiens at svakheter, gjør det uklokt å konkludere, men de interessante funnene bør kunne tas videre i ny forskning, for å undersøke nærmere om man kan optimalisere kunnskapsdelingen i Helse Nords organisasjoner. Videre er det interessant om et fagnettverk i helseledelse kunne vært med å gi ledere på lave nivå i organisasjonen ekstra utbytte av kunnskapen, og fått utviklet kompetanse i samspill med kollegaer i samme rolle. Erfaringene arbeidstakerne har fra kliniske fagnettverk er gode, og ledelse kan være et nytt fagfelt å forsøke denne metodikken.

Litteraturliste

Berg, Ole Trond (2006). *Fra politikk til økonomikk - Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Den norske lægforening.

Dalkir, K (2005). *Knowledge management in theory and practice*, Elsevier

Dyb, E (2014). *Kunnskapsdeling i en organisasjon*. UIO

Eriksson-Zetterquist, Ulla m.fl. (2014) *Organisasjonsteori*. Cappelen Damm Akademisk

Filstad, C (2010). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*. Bergen, Fagbokforlaget

Filstad, C (2012). *Ni steg fra kunnskap til kompetanse*. Business review

Filstad, C (2014). *Tillit til å dele kunnskap*. Business review

Fivelsdal, Egil m.fl (2004). *Organisasjon og ledelse: struktur, prosesser, læring og kultur, 4. utg*

Jacobsen, D. I.og Thorsvik,J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget

Johannessen, A et al. (2011); *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*, Abstrakt forlag

Lines, R (2011). *Motivasjon via ledelse av kunnskapsarbeidere*, NHH

Nerstad et al (2013). *Straffes for å skjule kunnskap på jobben*. Business review

Nesheim, T et al (2011). *Kunnskapsdeling i en kompleks organisasjon*. Magma 3/2011

SSB. Nøkkeltall for helse; <https://www.ssb.no/helse/nokkeltall/helse>

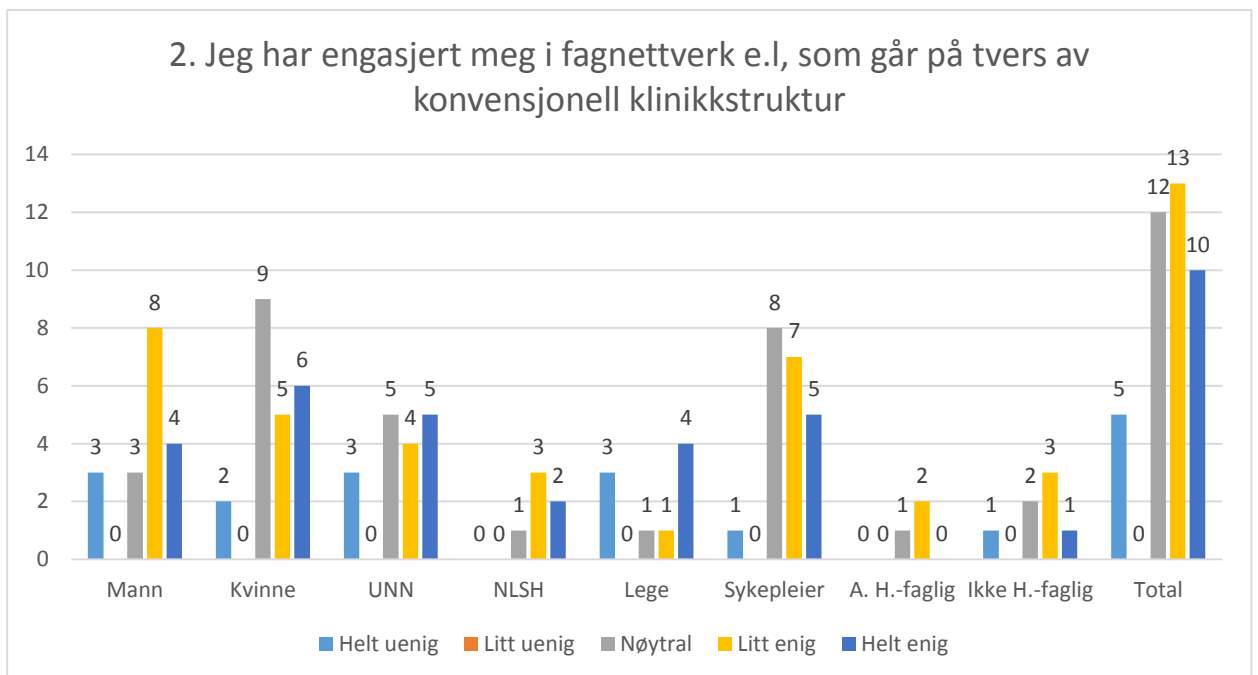
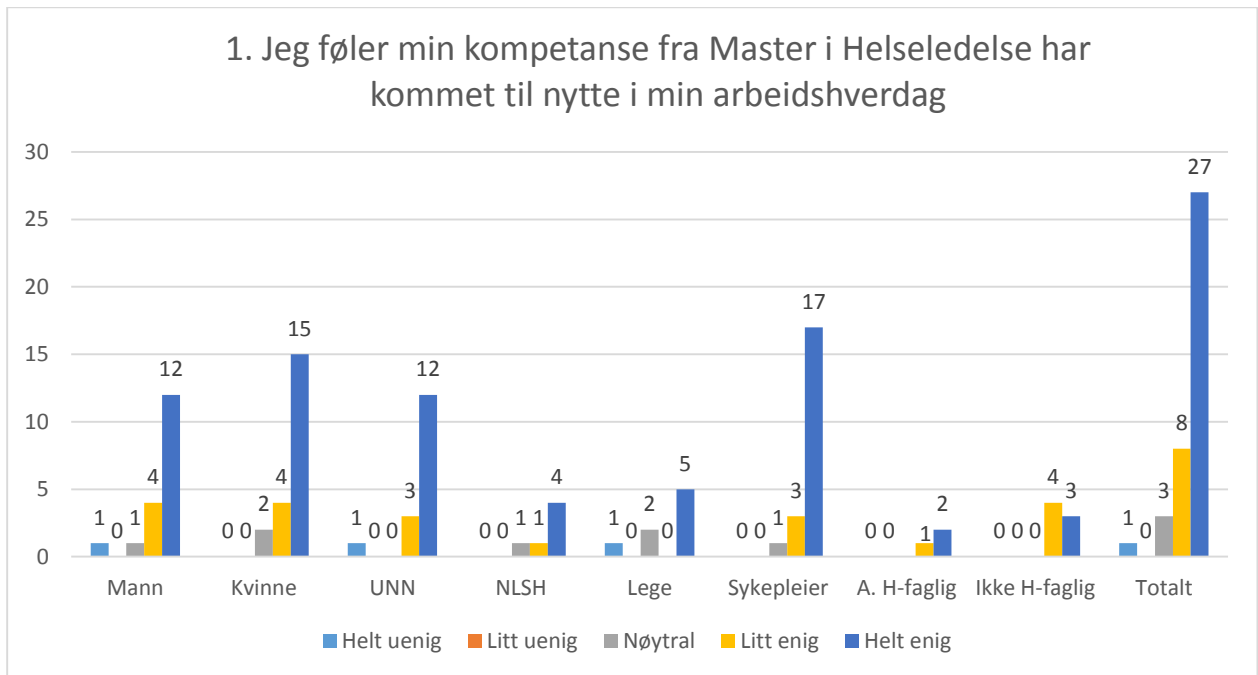
Vedlegg

Appendix 1 – frekvenstabeller og søylediagram fra egen undersøkelse

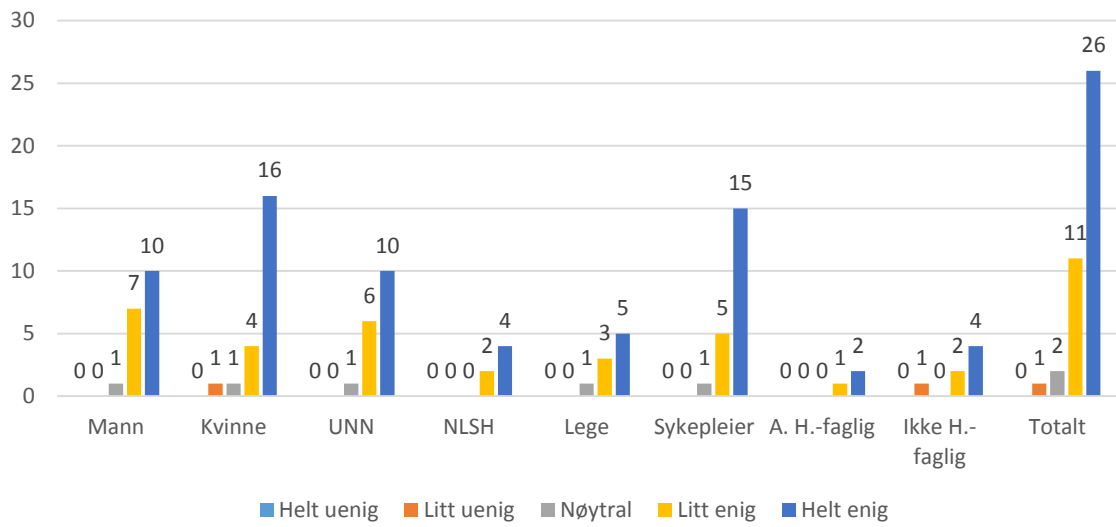
Appendix 2 – frekvenstabeller og søylediagram fra tidligere undersøkelse

Appendix 3 - Mal for spørreundersøkelse

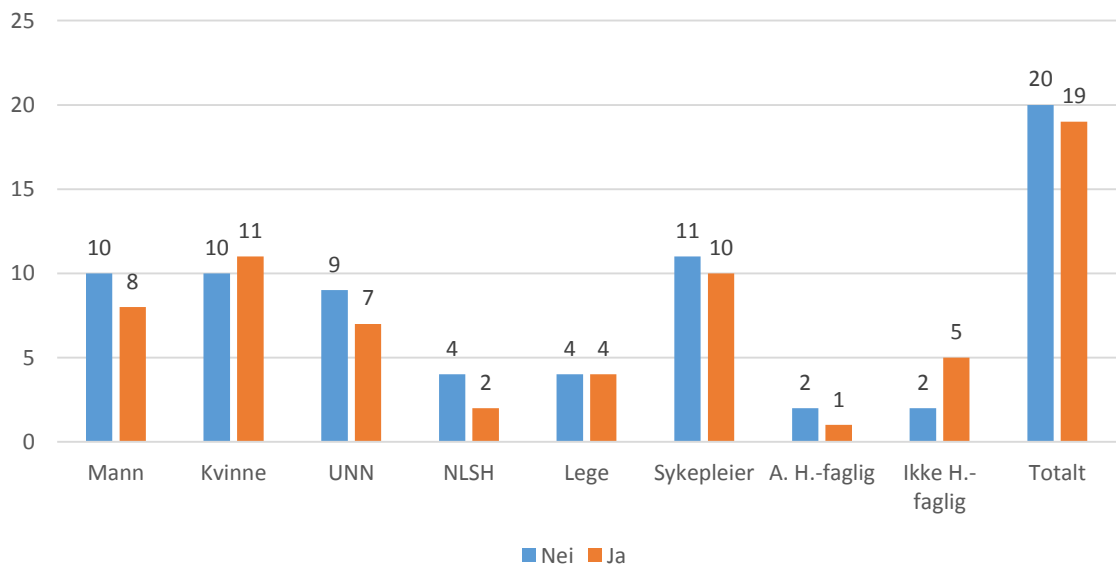
Appendix 1 – Søylediagrammer/frekvenser fra egen undersøkelse



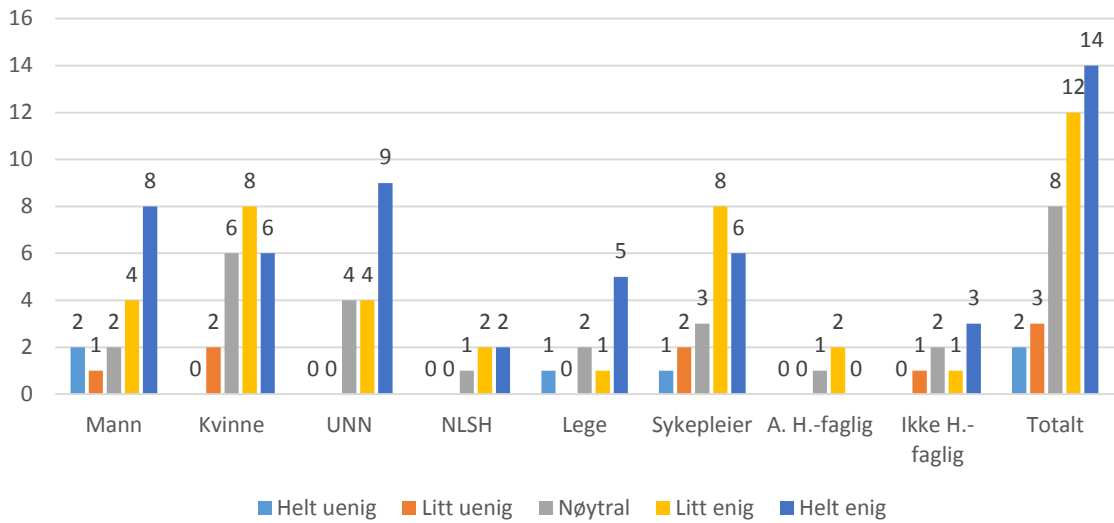
3. Jeg har selv delt av min kunnskap om ledelse med mine kollegaer



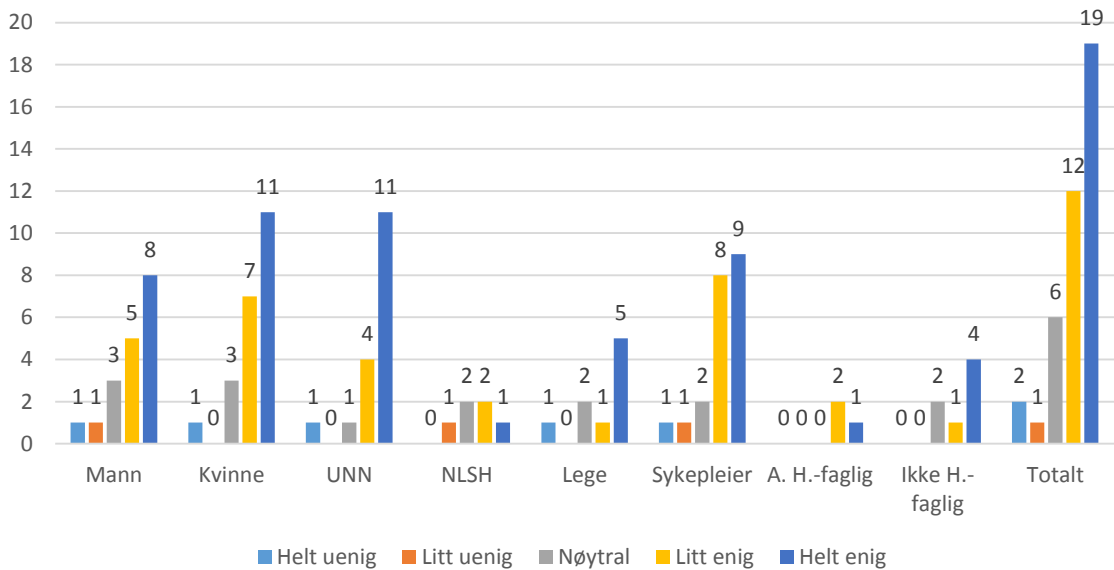
4. Jeg har byttet stilling til en med mer lederansvar



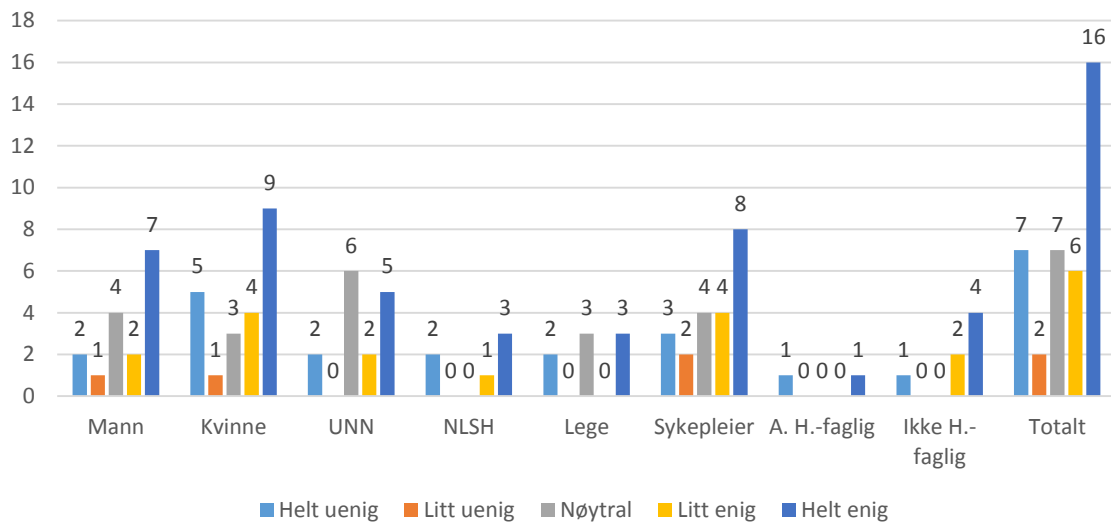
5. Det er forventet at man deler kunnskap man tilegner seg i min klinikk



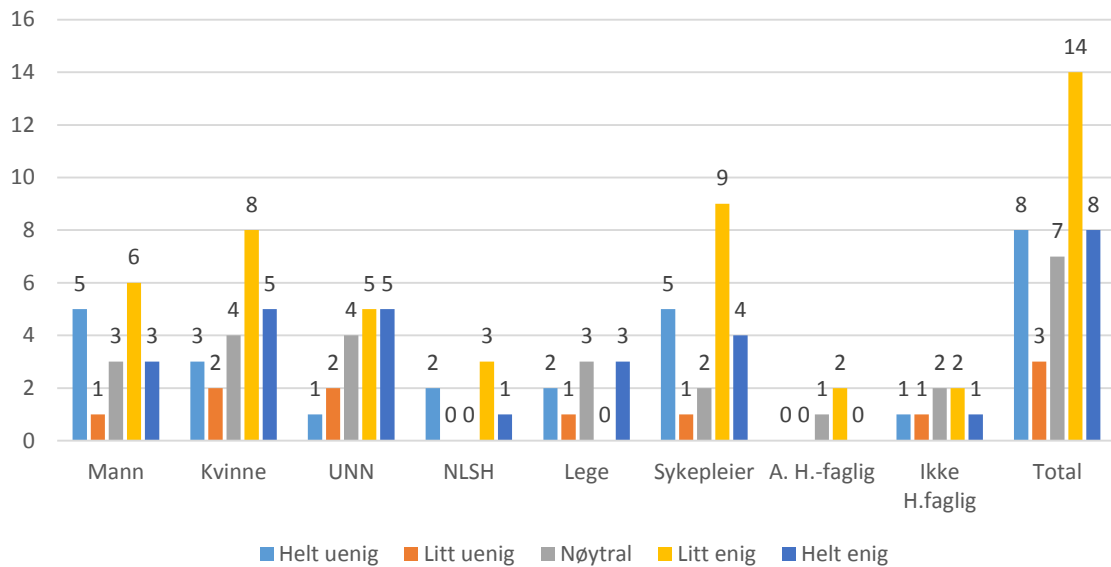
6. Studiet MiH har gitt meg større selvtillit som leder



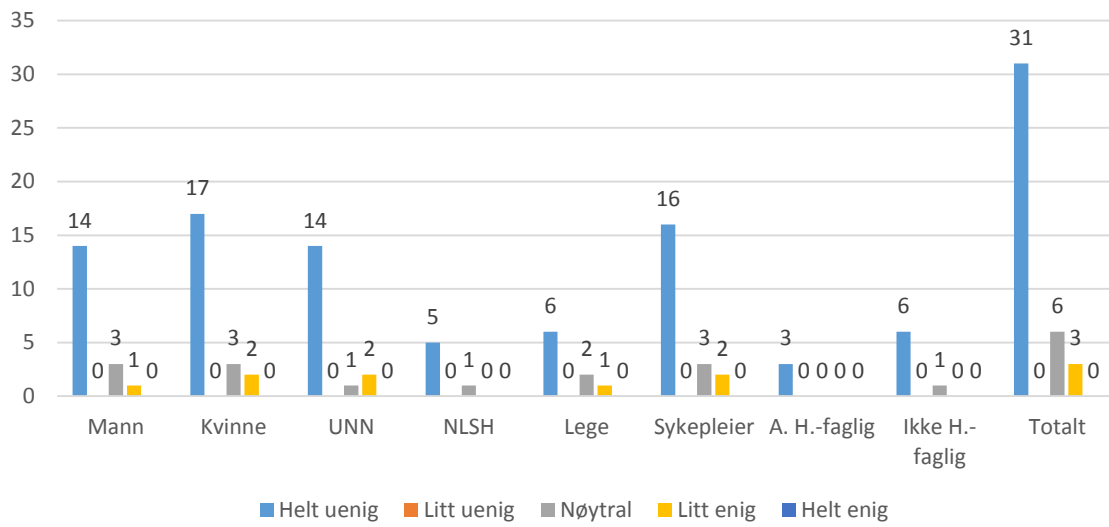
7. Kompetansen fra studiet har medført at jeg har fått mere lederansvar



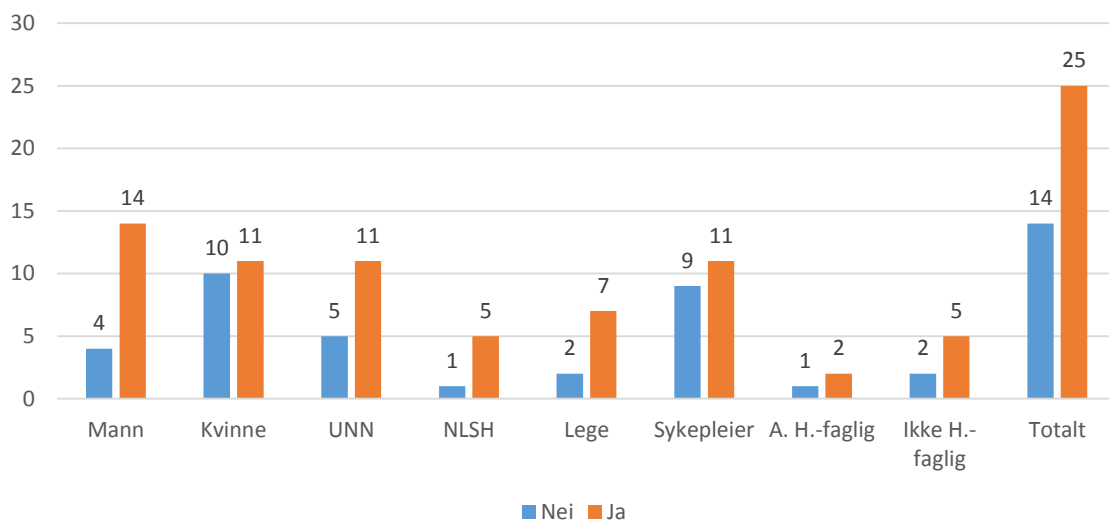
8. Min kompetanse har blitt aktivt etterspurt av min leder



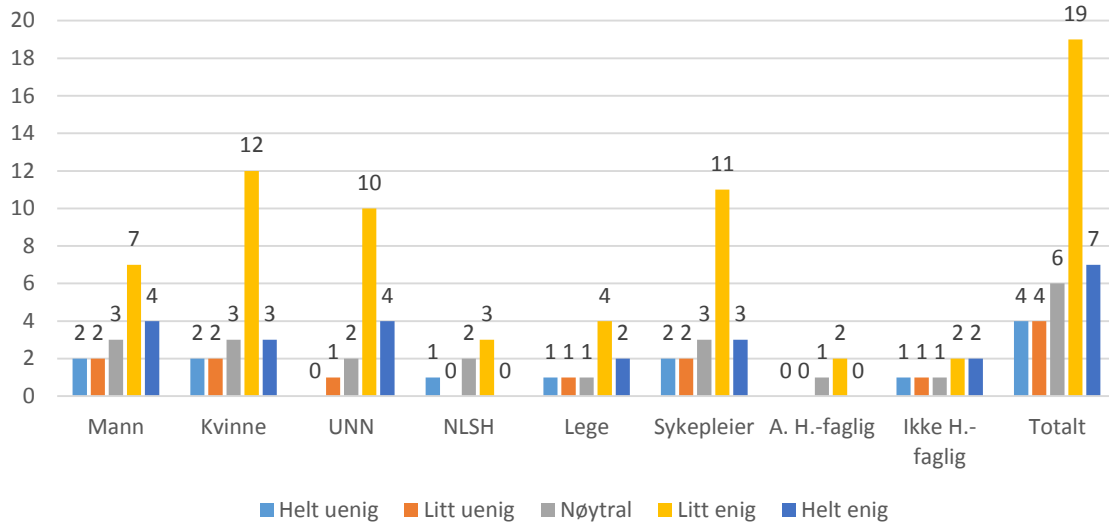
9. Jeg har opplevd negativ oppmerksomhet omkring min deltagelse på studiet



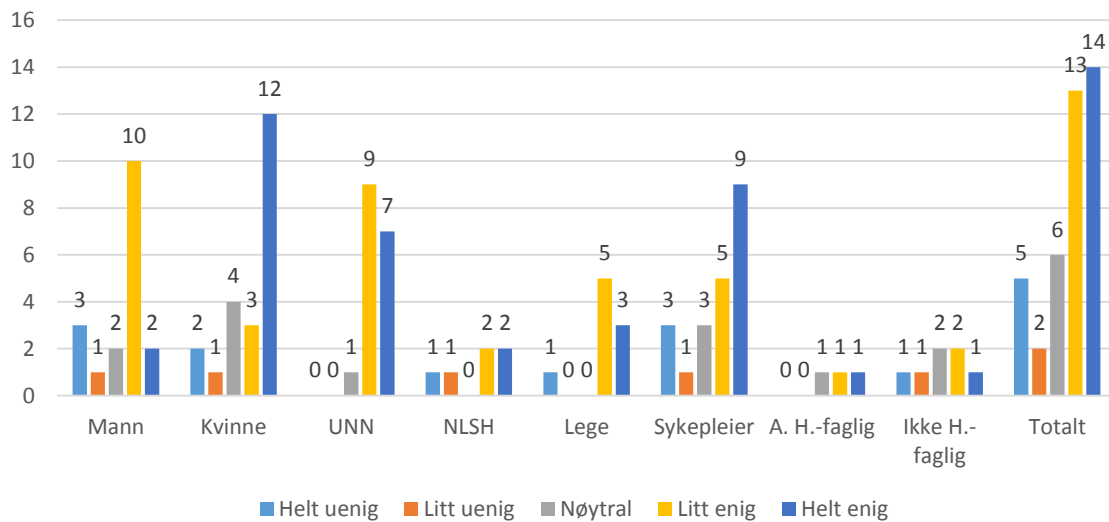
10. Arbeidsgiveren min kunne utnyttet min lederkompetanse på en bedre måte



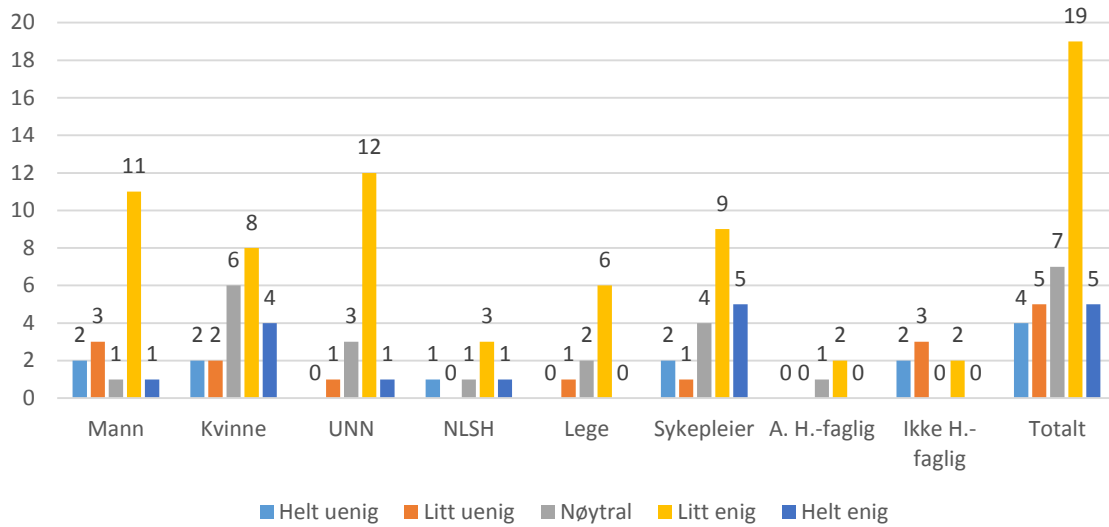
11. Hos oss er det en kultur som legger til rette for kunnskapsdeling



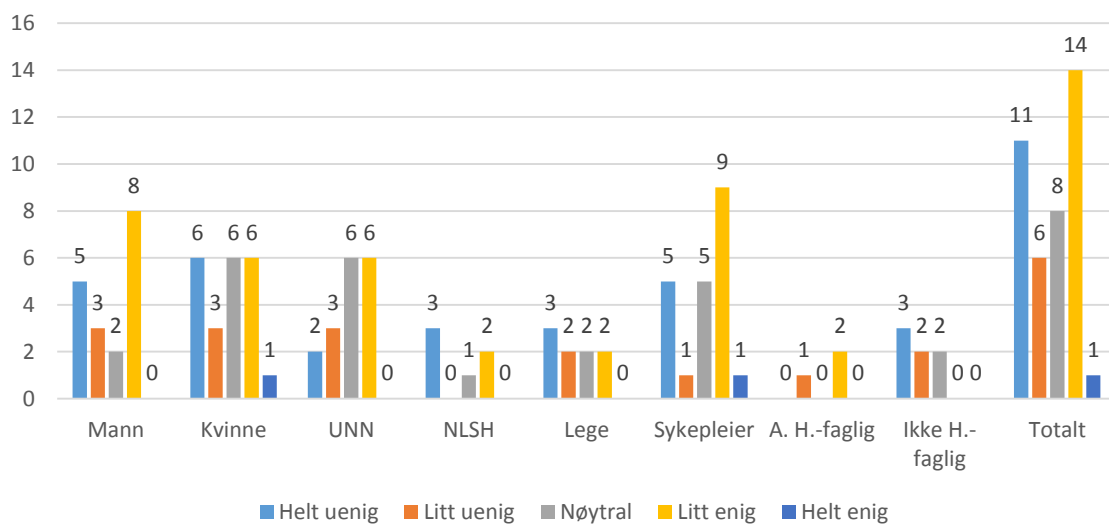
12. Studiet har gitt meg økt kompetanse innen budsjettarbeid



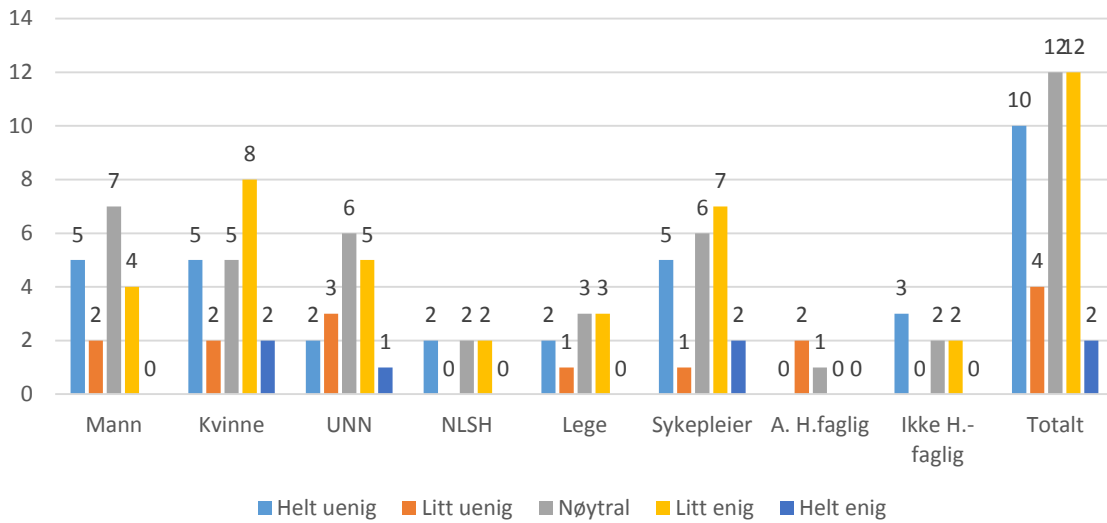
13. Studiet har gitt meg økt kompetanse innen prosjektarbeid



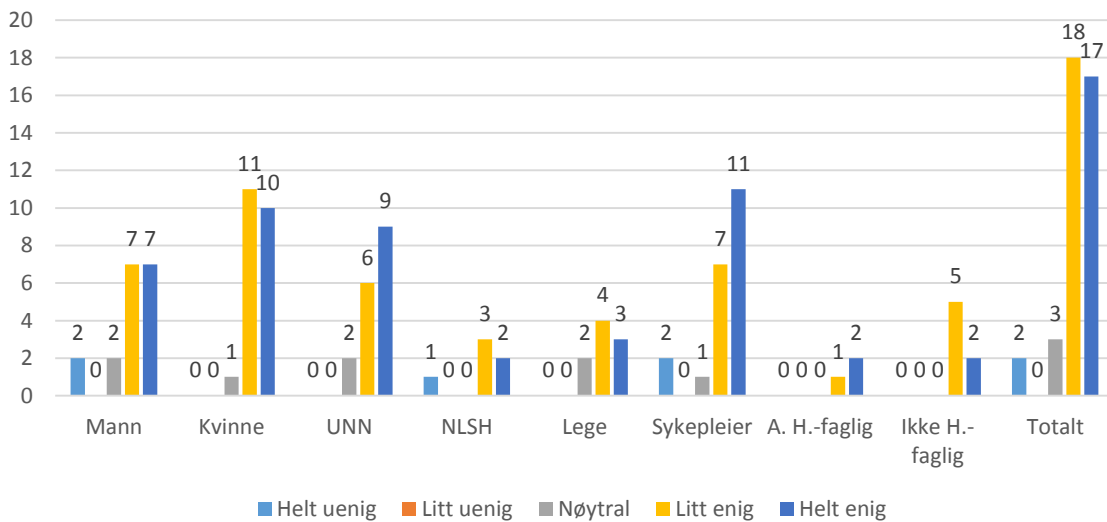
14. Studiet har gitt meg økt kompetanse innen konflikthåndtering



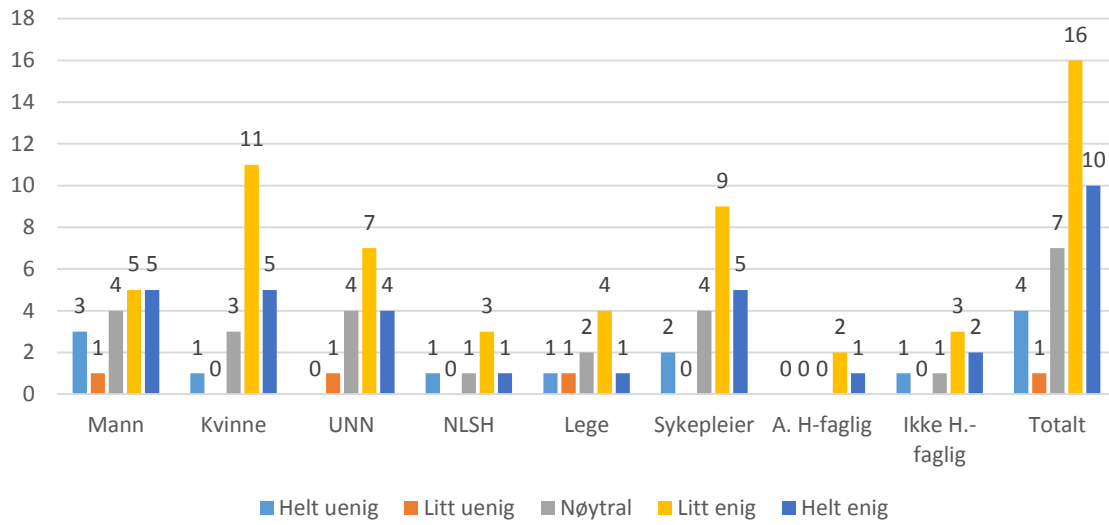
15. Studiet har gitt meg økt kompetanse innen medarbeidersamtaler



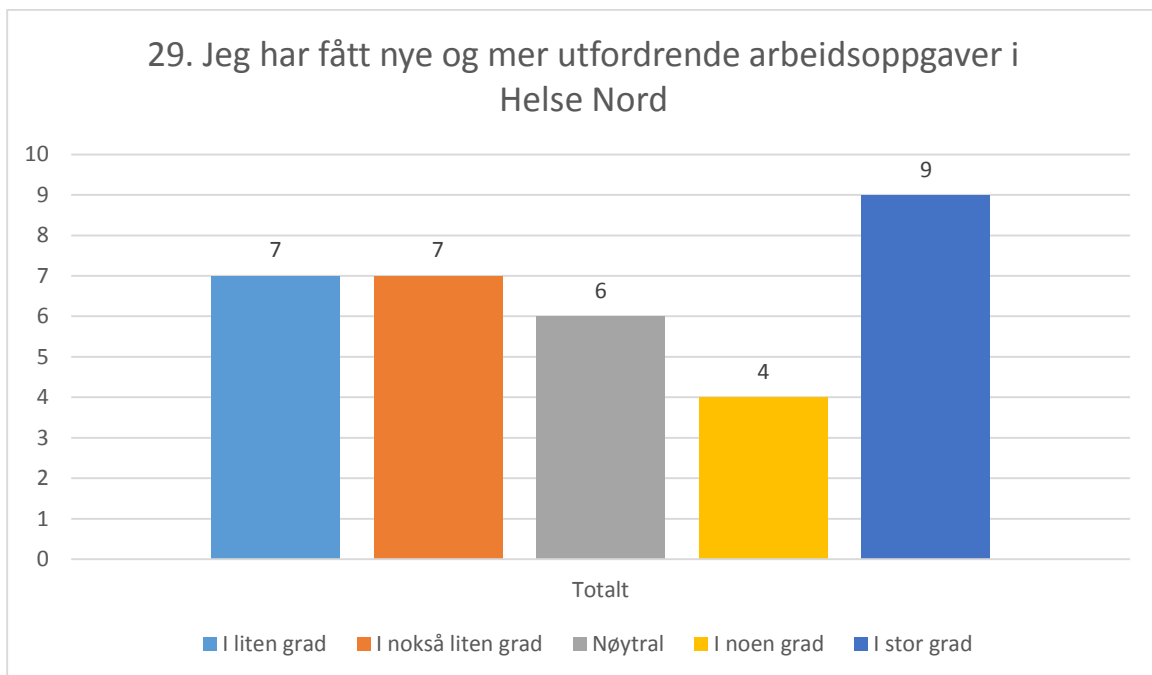
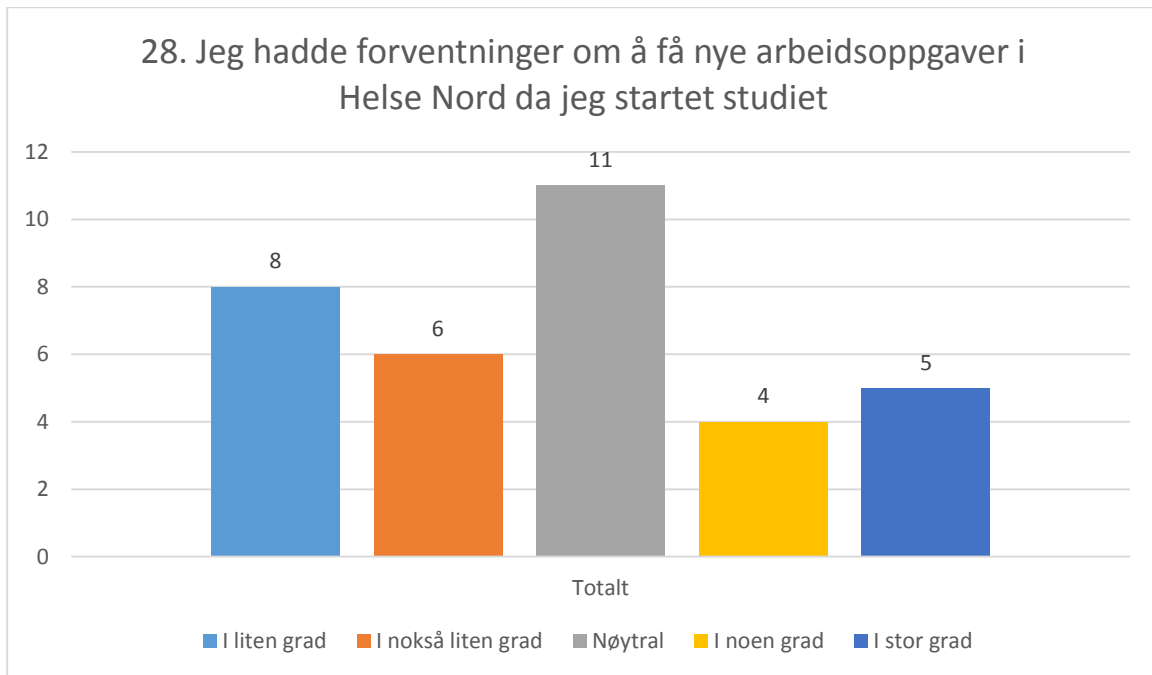
16. Studiet har gitt meg økt kompetanse innen organisasjonsutvikling



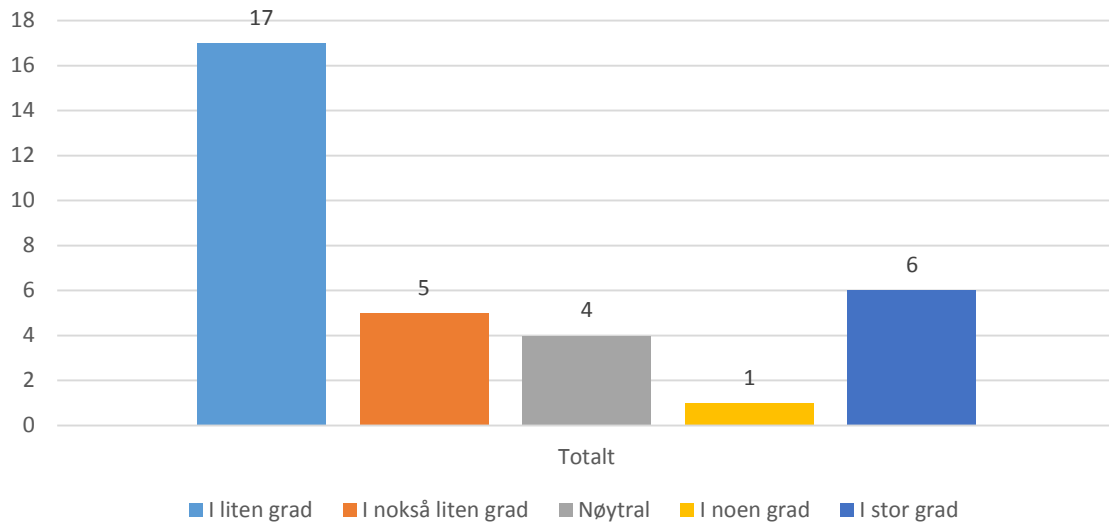
17. Studiet har gitt meg økt kompetanse innen innovasjon



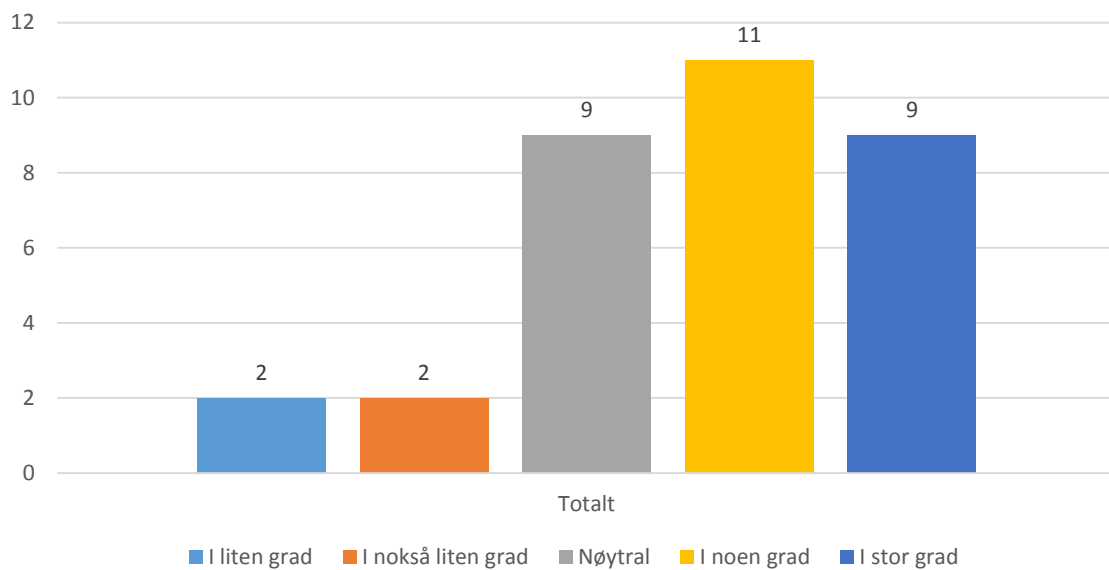
Appendix 2 - Søylediagrammer/frekvenser fra HHB's undersøkelse



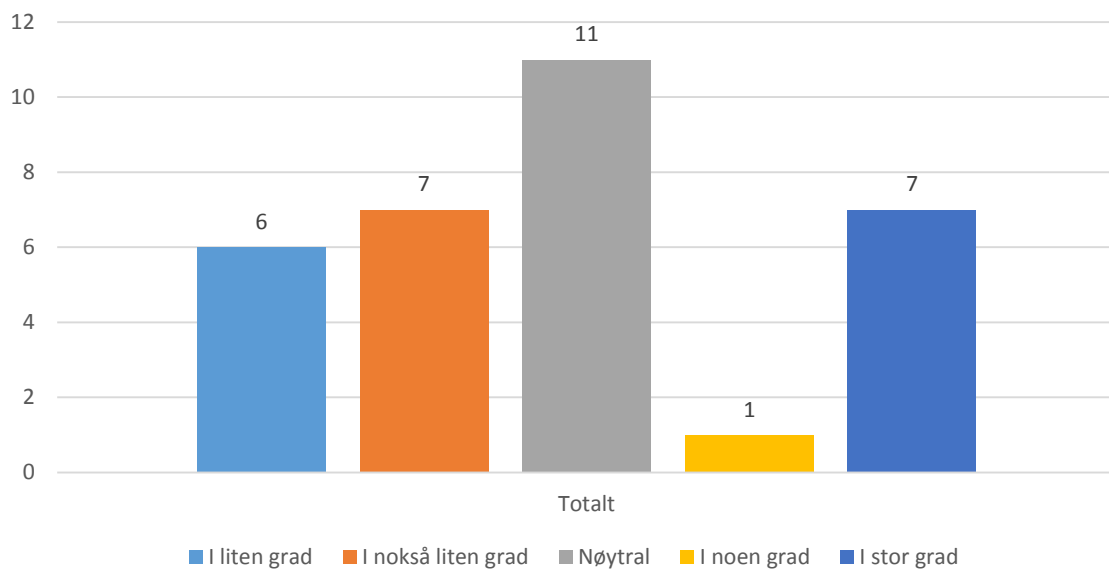
30. Jeg har fått nye og mer utfordrende arbeidsoppgaver utenfor Helse Nord



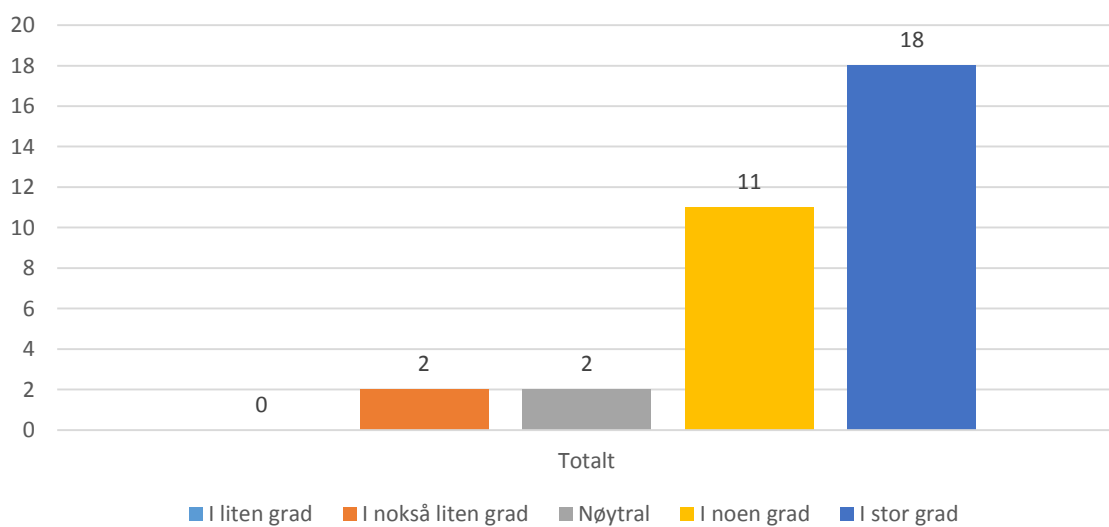
31. Min arbeidsgiver har satt pris på at jeg tok studiet



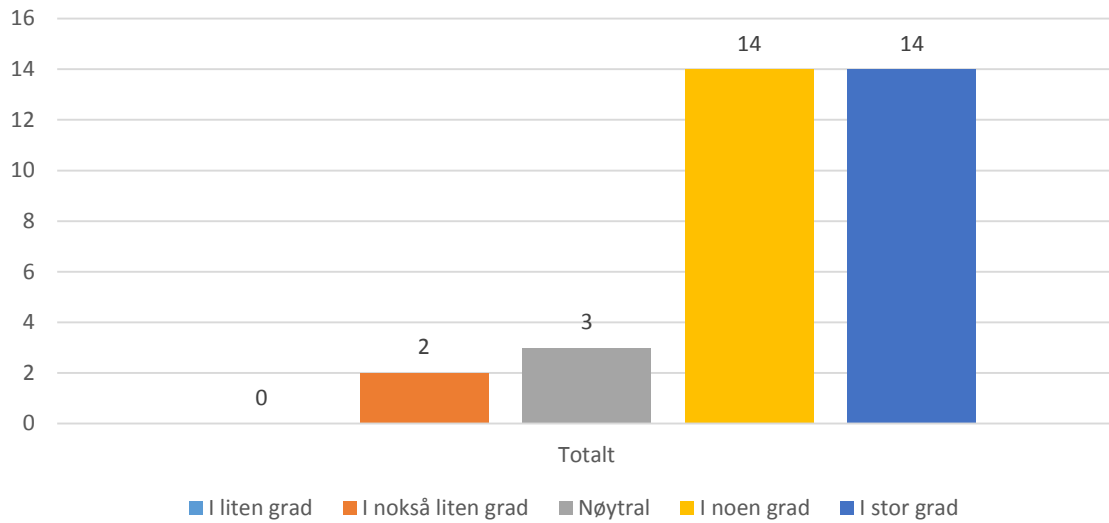
32. Jeg har fått nye muligheter i Helse Nord



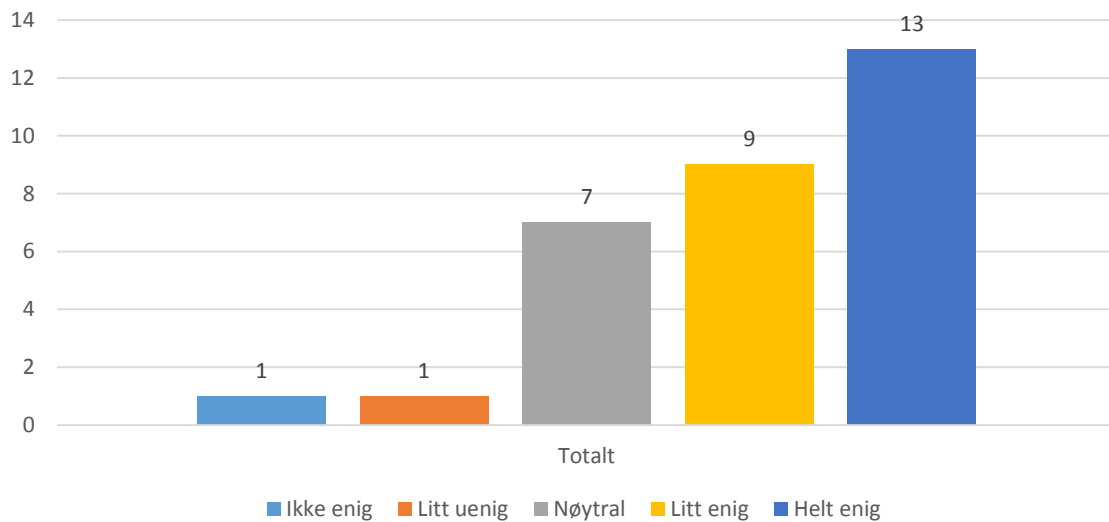
33. Jeg er fornøyd med den kompetansen jeg har fått gjennom masterstudiet



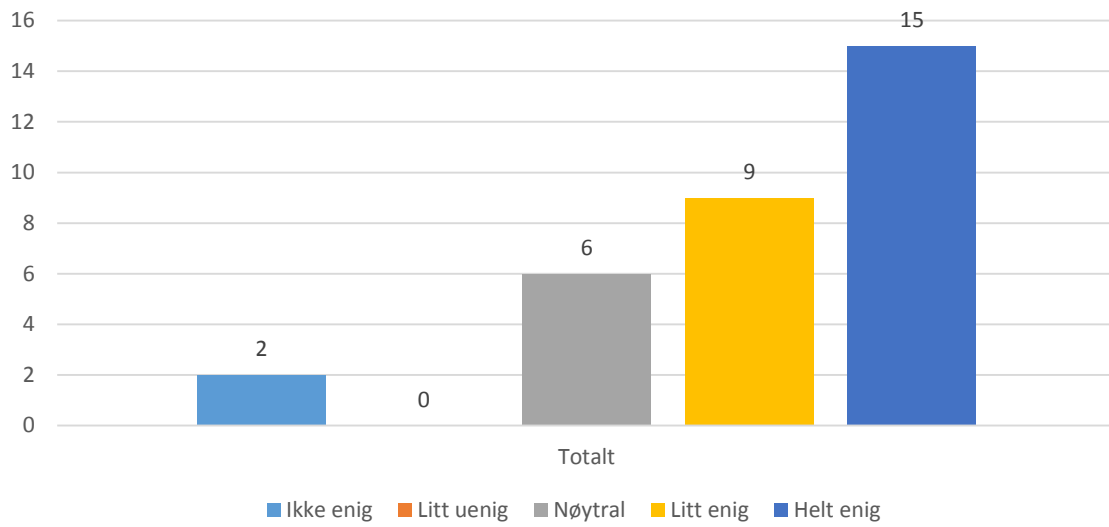
34. Masterstudiet har i ettertid innfridd de forventningene jeg hadde



54. Helse Nord bør satse mer på å utvikle ledere som har tatt masterstudiet i helseledelse



55. Rekruttering av studenter til studiet bør skje mer systematisk enn i dag



Appendix 3 - Spørreskjema i tekstformat

Spørreundersøkelsen ble sendt ut digitalt via QuestBack, og det som presenteres her er kun innhold, og ikke grafisk løsning på skjemaet.

Dette er et spørreskjema som går ut til alle som har gjennomført Master i Helseledelse ved Handelshøyskolen i Bodø. Undersøkelsen er en del av en masteroppgave, og jeg håper du tar deg tid til å svare på noen spørsmål. Temaet for undersøkelsen er kunnskapsdeling og implementering av kunnskap i organisasjoner.

Fullstendig informasjon om undersøkelsen finner du her:

https://docs.google.com/document/d/1NDw9aN5j8i453UM_AFSG5J2XcVxZumoPOnEQHXUG4D0/edit?usp=sharing

* Kjønn (Mann eller Kvinne)

* Utdanning/profesjon (Lege, Sykepleier, Annen helsefaglig, Psykolog, Ikke helsefaglig utdanning)

* Foretak (Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge, Helgelandssykehuset, Finnmarkssykehuset, Sykehusepoteket eller Annen).

Her følger noen påstander jeg ønsker du vurderer og sier enig eller uenig i.

4. Jeg føler at min kompetanse fra Master i Helseledelse har kommet til nytte i min arbeidshverdag (i svært liten grad – i svært stor grad)
5. Kompetansen fra studiet har medført at jeg har fått mere lederansvar (i svært liten grad – i svært stor grad)
6. Jeg har byttet stilling til en med mer lederansvar (ja – nei)
7. Min kompetanse har blitt aktivt etterspurt av min leder (i svært liten grad - i svært stor grad)
8. Jeg har opplevd negativ oppmerksomhet omkring min deltagelse på studiet (i svært liten grad – svært stor grad)
9. Jeg har engasjert meg i fagnettverk eller lignende, som går på tvers av konvensjonelle strukturer i foretaket (i svært liten grad – i svært stor grad)
10. Arbeidsgiveren min kunne utnyttet min lederkompetanse på en bedre måte (ja – nei) pluss fritekst «konkrete eksempler»
11. Jeg har selv delt av min kunnskap om ledelse med mine kollegaer (i svært liten grad – i svært stor grad)
12. Det er forventet at man deler kunnskap man tilegner seg i min klinikk (i svært liten grad – i svært stor grad)

13. Hos oss er det en kultur som legger til rette for kunnskapsdeling (i svært liten grad - i svært stor grad)

11. Studiet Master i helseledelse har gitt meg større selvtillit som leder (i svært liten grad – i svært stor grad)

12. Studiet har i tillegg til å utdanne meg innen ledelse gitt meg økt kompetanse innen

- Budsjettarbeid

- Prosjektarbeid

- Konflikthåndtering

- Medarbeidersamtaler

- Organisasjonsutvikling

- Innovasjon

- «tabell» med alle emner, rangeres fra «i svært liten grad – i svært stor grad»