



Universitetet
i Stavanger

**HANDELHØGSKOLEN VED UIS
BACHELOROPPGAVE**

STUDIUM:
Økonomi og administrasjon

OPPGAVEN ER SKREVET INNEN FØLGENDE
TEMATISKE RETNING:
Strategi og ledelse

ER OPPGAVEN KONFIDENSIELL?
Nei

TITTEL:
Hvordan opplever sykehusleger at ledelsen motiverer dem?

ENGELSK TITTEL:
How do hospital doctors feel that the management motivates them?

FORFATTERE (**NB!** maks tre studenter pr oppgave):

VEILEDER:

Kandidatnr:

Navn:

Øyvind Osjord

2232

Kristiane Hoel Knutsen

.....

.....

2193

Emeline Nordahl-Larsen

.....

.....

.....

.....

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet som en avsluttende del av bachelorstudiet i økonomi og administrasjon ved Universitetet i Stavanger våren 2023.

Vi har utviklet en interesse for motivasjon og ledelse gjennom studiet, særlig gjennom to valgfag i femte semester: Strategisk HRM og Innføring i arbeids- og organisasjonspsykologi. På grunn av dette, ønsket vi å undersøke nærmere hvordan ledere motiverer medarbeidere. Vi forsøkte å utvikle en problemstilling som kombinerte motivasjon og ledelse.

Studien er utført for å finne ut hvordan ledelsen ved sykehus motiverer sykehusleger. For å undersøke dette, samlet vi inn data ved å intervjuer både leder og sykehusleger ved Helse Stavanger HF. Vi ønsker å takke alle deltakerne.

Videre, ønsker vi å rette en stor takk til veilederen vår Øyvind Osjord for konstruktiv kritikk, gode innspill, faglig engasjement og støttende ord.

Til slutt, ønsker vi å takke familie og venner for støttende ord gjennom prosessen.

Stavanger, mai 2023

Kristiane Hoel Knutsen og Emeline Nordahl-Larsen.

Sammendrag

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan ledelsen ved sykehus arbeider med å motivere leger. Hensikten var å finne ut hva som motiverer sykehusleger og hva ledelsen gjør for å motivere dem. Følgende problemstilling var derfor relevant å besvare:

Hvordan opplever sykehusleger at ledelsen motiverer dem?

I arbeidet med problemstillingen har vi sett på to ulike motivasjonsteorier: Selvdetermineringsteorien (SDT) og Hertzberg to faktorteori.

I innsamlingen av relevant data, har vi gjennomført kvalitative intervju med én leder og fire leger som er ansatt på i Helse Stavanger HF. Utover dette, har vi benyttet oss av kvalitativ dokumentanalyse og samlet inn dokumenter fra Stavanger Universitetssjukehus sin egen nettside, nasjonale ledelsesutviklingsdokumenter for norske helseforetak, samt interne dokumenter fra ledelsen.

Et viktig funnet fra studien er at sykehusleger virker å motiveres av at leder legger til rette for samhold, selvstendighet og anerkjennelse gjennom tilbakemeldinger. Dessuten, viser våre funn at sykehusleger har svært høy interesse for eget fagfelt og et sterkt ønske om å videreutvikle kompetansen sin innenfor dette. På den andre siden, er høy arbeidsbelastning, underbemanning og ubekvemme arbeidstider et hinder for motivasjon. Sykehusleger i vår studie, opplever at øverste ledere er fraværende i deres arbeidshverdag, men at avstanden ikke har direkte, negativ innvirkning på motivasjon.

Funnene i studien, bekreftes i motivasjonsteoriene SDT og Hertzbergs tofaktor modell som begge setter søkelys på betydningen av autonomi, samhold og kompetanseutvikling i arbeidet. Vi ser at selv om motivasjonsfaktorene og den indre motivasjonen er til stede i arbeidet, er faktorer knyttet til ytre motivasjon og hygiene faktorene som lønn, administrasjonen av arbeidet og arbeidsforholdene, relatert til utilfredsheten de i noen grad føler.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Innledning	6
<i>Bakgrunn</i>	6
<i>Disposisjon</i>	8
Teori	10
<i>Helse Stavanger HF</i>	10
<i>Ledelse av menneskelige ressurser</i>	10
<i>Motivasjon</i>	13
<i>Hertzberg tofaktorteori</i>	15
Motivasjonsfaktorene.....	15
Hygienefaktorene	16
<i>Selvdetermineringsteorien</i>	17
<i>Figur 1: Selvdetermineringsteorien</i>	19
<i>Figur 2: Hertzbergs tofaktorteori</i>	21
Forskningsspørsmål	22
Litteraturoversikt	23
<i>Tidligere studier</i>	23
Metode	26
<i>Kvalitativ metode</i>	26
<i>Kvalitativt intervju</i>	27
<i>Metodesvakhet</i>	28
<i>Validitet</i>	29
<i>Relabilitet</i>	31
<i>Utvalg</i>	33
<i>Forskningsetiske retningslinjer</i>	33
<i>Intervjuprosessen</i>	35
Resultat fra datainnsamling	37
<i>Analysetabell</i>	37
Analyse	42
<i>Hva motiverer sykehusleger?</i>	42
<i>Hvordan legger ledelsen til rette for motivasjon?</i>	46
<i>Hvordan er forholdet mellom leder og sykehuslegene?</i>	48
Konklusjon	51

<i>Oppsummering og konklusjon</i>	51
<i>Kritikk av egen oppgave</i>	52
<i>Videre studier</i>	53
Litteraturliste	56

Innledning

I innledningen vil vi gi en kort begrunnelse for valg av tema. Videre, vil vi gi en kort beskrivelse av studiens struktur. Til slutt, vil vi presentere formålet med studien og avgrensning.

Bakgrunn

Bakgrunnen for studien vår er et økende søkelys på helsepolitikk og sykehusledelse, samt helsepersonells arbeidsvilkår under og etter koronapandemien. I lys av utfordringene ved å rekruttere, beholde og utvikle samfunnskritisk helsepersonell, ønsket vi å se nærmere på helsesektoren. Vi har avgrenset studien til leger ved Universitetssykehuset i Stavanger. Vi tror at leger er en yrkesgruppe som er høyt motiverte. Deretter, ønsket vi å avgrense studien til et helseforetak ettersom vi ønsket å undersøke én enhet der det er stor samling av leger. Vi ønsket å undersøke hvordan sykehusledelse kan bidra til positiv endring gjennom motivasjon. Ettersom ledelsen på sykehus er sentral for å utvikle de menneskelige ressursene i organisasjonen, har vi valgt å studere legers syn på ledelse i egen organisasjonen.

Videre, er det viktig for ledere å ha kunnskap om hvordan de har mulighet til å motivere deres ansatte, for å beholde dem. I Strategi for Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssjukehus 2018-2023: Sammen skaper vi pasientens helsetjeneste (Strategi for utdanning, undervisning og kompetansebygging) nevnes følgende:

«Medarbeiderne er vår aller viktigste ressurs. Stavanger universitetssjukehus har rundt 7500 medarbeidere, og er en av de største og mest mangfoldige arbeidsplassene i regionen. Rekruttere, beholde og å videreutvikle relevant kompetanse er fortsatt en hovedsatsing».
(Helse Stavanger, 2023).

Samtidig, presiserer Helse Stavanger HF at behovet for spesialisthelsetjenester i fremtiden vil øke på grunn av befolkningsøkning, ny alderssammensetning, sykdomsutvikling og nye behandlingsmuligheter (Helse Stavanger, 2023). I strategidokumentet, nevnes det i tillegg at Helse Stavanger HF i fremtiden må løse flere og mer komplekse oppgaver, med strammere budsjetter og redusert tilgang på menneskelige ressurser (Helse Stavanger, 2023). Ifølge Nav sin bedriftsundersøkelse, er estimert mangel på legespesialister i Norge 1200, oppgitt i antall personer (Nav, 2022). Resultatet fra bedriftsundersøkelsen viser til et behov for å ikke bare rekruttere leger, men også å beholde og utvikle dem.

Artikkelen «Leger gråter på jobb og håper på omgangssyke for å slippe vakter» fra NRK gjorde at vi ønsket å undersøke motivasjon hos sykehusleger nærmere. I artikkelen ble det avslørt at flere leger ved Akershus universitetssykehus ikke var motiverte til å arbeide på grunn av underbemanning og høy arbeidsbelastning (Bakke, Daae, 2023). Vi ønsket å undersøke om dette var tilfellet med sykehuslegene som arbeider på Stavanger universitetssykehus. Vi har tidligere i studiet hatt stort fokus på private, kommersielle bedrifter som naturligvis har ulik strategi og tilnærming til menneskelige ressurser. Bakgrunn for valg av tema, var at vi ønsket å undersøke nærmere hvordan ledelsen i en stor, ikke-kommersiell organisasjon arbeider med å motivere sine ansatte. Dessuten er Helse Stavanger HF et av de største helseforetakene nasjonalt, i tillegg til å være blant de største arbeidsgiverne i regionen. På grunn av dette, vil Helse Stavanger HF legge føringer for andre ikke-kommersielle arbeidsplasser, særlig i helsesektoren. Interessen for å undersøke ledelse og motivasjon nærmere kom fra valgfag i femte semester: strategisk HRM og innføring i arbeids- og organisasjonspsykologi.

På bakgrunn av dette, har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan opplever sykehusleger at ledelsen motiverer dem?

Vi vil presentere forskningsspørsmål som utdyper problemstillingen i et eget kapittel. Hertzbergs tofaktor teori og selvdetermineringsteorien (SDT) danner grunnlaget for vår teori. Vi tar i bruk motivasjonsteoriene, bøker og andre vitenskapelige artikler som omhandler Hertzberg tofaktorteori og SDT. Hensikten med dette, er å belyse mest mulig av den underliggende teori og litteratur som finnes innenfor området vi skal studere, som bakgrunn for våre vurderinger. Det vil være interessant å se på om de to motivasjonsteoriene samsvarer med hverandre i vår avgrensede studie med leger i Helse Stavanger HF. Ettersom vi har tatt utgangspunkt i disse to motivasjonsteoriene, vil svarene vi får fra intervjuene bli satt opp mot disse. Styrken med dette er at vi får et bredt sammenligningsgrunnlag. Årsaken til at vi har brukt to motivasjonsteorier istedenfor én, er at vi får flere ulike perspektiv. Ettersom våre valgte motivasjonsteorier er ulike, gjør det at vi kan inkludere flere komponenter. Svakheten er likevel at vi ikke kan sammenligne funnene fra intervjuene med andre motivasjonsteorier som kan ha gode poeng. Studien vår er begrenset til Hertzberg tofaktor teori og SDT.

Konsekvensen av det vil være at vi ikke får et sammenligningsgrunnlag mellom enkelte funn fra intervjuene og motivasjonsteoriene.

Vi har valgt Hertzbergs tofaktor teori, først og fremst fordi teorien er pedagogisk og vi tror den vil passe med studien. Motivasjonsfaktorene og hygienefaktorene er svært relevante for å undersøke motivasjon på en arbeidsplass. Hertzberg teori valgte vi fordi han var svært grundig i utformingen av teorien, og gir en grundig beskrivelse av hver enkelt faktor. En annen grunn til at valget falt på denne modellen er at hygienefaktorene og motivasjonsfaktorene er kategorisert på en oversiktlig måte, som gjør at den relativt enkelt kan forskes videre på og sammenlignes med. Vi tror at Hertzbergs tofaktor teori passer til vår studie fordi den gir et «utenfra inn» perspektiv på organisasjonen. Vi supplerer Hertzbergs tofaktorteori med selvdetermineringsteorien (STD) ettersom den hyppig har blitt brukt for å studere motivasjon hos høyt utdannede. Vi tror at SDT vil gi et faglig supplement til Hertzberg ettersom SDT i større grad setter søkelys på indre psykologiske behov.

Vi har valgt å bruke to motivasjonsteorier ettersom det gir oss større bredde og et sammenligningsgrunnlag. Vi har ikke funnet studier som kombinerer både Herzberg tofaktor teori og SDT. Likevel, tror vi at dette er teorier som samsvarer med hverandre, og som egner seg i vår studie. Som nevnt, har Hertzberg sin to faktor teori et mer «utenfra» syn på motivasjon i organisasjoner, mens SDT ser mer på individers grunnleggende psykologiske behov.

Vi ønsker å legge til at vi ikke har som mål å bekrefte eller avkrefte noen av de valgte motivasjonsteoriene i vår studie. Vi tror derimot at motivasjonsteoriene vil gi oss en teoretisk ramme på studien som bidrar til faglig tyngde. Motivasjonsteoriene blir derfor brukt som verktøy til å sammenlikne med våre funn fra intervjuene.

Disposisjon

Studien tar først for seg en kort beskrivelse av enheten vi har undersøkt: Helse Stavanger HF, og en teoridel der den viktigste og mest relevante teorien for studien belyses. Det innebærer teori om ledelse av menneskelige ressurser, en kort beskrivelse av Helse Stavanger HF som er helseforetaket vi undersøker, samt motivasjon og motivasjonsteori. Videre vil vi gå i dybden på våre valgte motivasjonsteorier. Til slutt, vil vi også presentere noen forskningsspørsmål for

å spesifisere og konkretisere problemstillingen. Disse forskningsspørsmålene vil videre drøftes i analysekapittelet.

Videre, vil litteraturoversikten presentere tidligere studier som er relevante i forhold til besvarelse av problemstillingen vår.

I metodedelen vil vi presentere valg av metode og begrunne hvorfor denne metoden er valgt i forbindelse med problemstillingen. Utover dette vil vi drøfte fordeler og ulemper ved bruk av vår metode.

I datakapittelet vil vi redegjøre for funnene og presentere data. Vi presenterer funn i form av analysekategorier for å systematisere funnene.

I analysekapittelet vil vi forsøke å besvare problemstillingen ved å drøfte teorien og funnene i datakapittelet opp mot hverandre.

Avslutningsvis, vil konklusjonen presentere et endelig svar på problemstillingen ved å tolke resultatene fra analysekapittelet. Utover dette, vil vi legge frem kritikk av egen oppgave og forslag til videre studier.

Teori

I teorikapittelet vil vi redegjøre for rammen av den viktigste teorien i studien, som er av betydning for å videre drøfte og besvare problemstillingen. Kapittelet tar først for seg teori om Helse Stavanger HF og ledelse av menneskelige ressurser. Videre, vil vi redegjøre for ledelse av kunnskapsarbeidere for å spesifisere teorien omkring ledelse av menneskelige ressurser. Deretter vil vi presentere teori rundt motivasjonsbegrepet og motivasjonsteori. Til slutt, belyses teorien om vår valgte motivasjonsteori.

Helse Stavanger HF

Norge er inndelt i fire helseregioner der hver av regionene har et regionalt helseforetak (Helse Stavanger, 2023). Alle regionale helseforetak er eid av helse- og omsorgsdepartementet og styres etter et budsjett som er bestemt av Stortinget (Braut, 2022). De regionale helseforetakene har ansvar for å lede de lokale helseforetakene de eier (Braut, 2022).

Helse Stavanger HF er et av fem lokale helseforetak, som eies av det regionale helseforetaket Helse Vest RHF (Helse Stavanger, 2023). Stavanger Universitetssjukehus er en del av Helse Stavanger HF, og er et av landets seks universitetssjukehus (Helse Stavanger, 2023).

Stavanger Universitetssjukehus er et av de største akuttsykehusene i Norge (Helse Stavanger, 2023). Utover dette, har universitetssykehuset over 7800 medarbeidere (Helse Stavanger, 2023). Helse Stavanger HF betjener en befolkning på 369 000 i Sør-Rogaland, og har ansvar for å levere spesialisthelsetjenester til denne befolkningen (Helse Stavanger, 2023).

Ifølge Helsenorge, skal spesialisthelsetjenesten tilby spesialisert helsetjenester som ikke kommunehelsetjenesten kan tilby sine innbyggere (Helsenorge, 2021).

Spesialisthelsetjenesten har som hensikt å diagnostisere og behandle akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager (Helsenorge, 2021).

Ledelse av menneskelige ressurser

Ledelse defineres som en spesiell type atferd som har som hensikt å drive medarbeidere i ønsket retning (Jacobsen & Thorsvik, 2011, s.416). En leder har overordnet ansvar for å påvirke medarbeiderne til å bidra til at en organisasjon kan nå sine mål på en mest mulig effektiv måte (McShane og Ginow, 2016, s.446). Til tross for flere historiske forskningsprosjekter er det vanskelig å finne et sett av universelle lederkompetanser som leder til best mulig resultater. Ifølge teoretikerne McShane og Ginow, er noen viktige forutsetninger for god ledelse, fagkunnskap og gode sosiale antenner. (McShane og Ginow 2016, s.448). En

leder igangsetter handling på eget initiativ, og fordeler arbeidsoppgaver til medarbeiderne etter det den mener vil føre til best mulig resultat for organisasjonen (McShane og Ginow 2016, s.449).

Det er ledere av menneskelige ressurser som hovedsakelig har ansvar for motivasjon av medarbeidere. HRM er en forkortelse for human resource management, som kan oversettes til ledelse av menneskelige ressurser i en organisasjon. De menneskelige ressursene refererer til alle medarbeidere som på ulike måter er formelt tilknyttet organisasjonen. Det innebærer alle ansatte i organisasjonen, både faste ansatte, midlertidige ansatte/vikarer og ledere m.m (Mikkelsen & Laudal, 2016, s. 32). HRM defineres som ulike typer ledelse som bidrar til å styrke innsatsen, kompetansen og kapasiteten til medarbeiderne i en organisasjon (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.31). Hensikten med HRM er å bidra til at medarbeiderne og organisasjonen når deres mål (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.31).

Ifølge Mikkelsen og Laudal, skal HRM operere under hensyn til tekniske- og institusjonelle omgivelser (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.31). Tekniske omgivelser omhandler forhold utenfor organisasjonen som direkte påvirker HRM, og organisasjonens mulighet til måloppnåelse for medarbeidere og organisasjonen (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.32). For et helseforetak, inkluderer de tekniske omgivelser pasienter, pårørende, helsepolitikken og det norske styringssystemet. De tekniske omgivelsene legger direkte føringer for hvordan organisasjonen kan styres. Institusjonelle omgivelser defineres som alle lover, regler, normer og forventninger som er av betydning for hvordan organisasjonen oppfattes av omgivelsene (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.33). For et helseforetak, inkluderer institusjonelle omgivelser forventninger fra pasienter, pårørende, myndighetene og omgivelsene generelt om hvordan et helseforetak opererer. Dens ansvar og omfang er stort, og det inkluderer høye forventninger fra omgivelsene. Et helseforetak er et av de få organisasjonene som er under både sterke tekniske og institusjonelle omgivelser (Jacobsen, Thorsvik, 2011, s.188). For flere offentlige institusjoner slik som helseforetak, er de institusjonelle omgivelsene viktigere enn de tekniske (Jacobsen, Thorsvik, 2011, s.188). Videre, er det mer krevende å skille mellom tekniske omgivelser og institusjonelle omgivelser i offentlige organisasjoner (Jacobsen, Thorsvik, 2011, s.188). Offentlig regulering i form av forbud og pålegg, er et eksempel på hvordan det kan være krevende å skille mellom de to typer omgivelsene (Jacobsen, Thorsvik, 2011, s.188).

En strategisk, vertikal HRM tilpasning handler om det faktum at hvilken type organisasjon som skal ledes, har betydning for HRM sitt arbeid (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.139).

Strategi og krav til kompetanse er faktorer som vil påvirke HRM sitt arbeid (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.139). Ifølge Grund, kan et sykehus omtales som en kunnskapsorganisasjon (Grund, 2006). Videre, definerer Grund en kunnskapsorganisasjon som følgende:

«Hoved kjennetegnet ved en kunnskapsorganisasjon er at det er en organisasjon der kunnskap og arbeidskraft er den kritiske suksessfaktor, og der leveransene skjer gjennom komplekse, gjerne unike tjenester og produkter» (Grund, 2006).

Medarbeiderne i kunnskapsorganisasjoner omtales som kunnskapsarbeidere (Grund, 2006).

Ifølge Argote og Ingmann, blir kunnskap i organisasjoner et stadig viktigere konkurransefortrinn (Argote, Ingmann, 2000, s.151). Det er ikke lengre produksjonskapitalen som har mest betydning for verdiskapningen i en organisasjon, men kunnskapskapitalen (Argote, Ingmann, 2000, s.151). Ifølge Grund, innebærer ledelse av kunnskapsarbeidere en omstilling som vektlegger kunnskapsarbeideres frihet, autonomi og ønske om variasjon i arbeidet (Grund, 2006). For ledere av menneskelige ressurser innebærer det å utforme arbeidet på en slik måte at selve oppgaveutførelsen motiverer eller gir medarbeiderne den motivasjonen som er nødvendig for å arbeide godt og trives (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.35).

Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak er en rapport som presenterer felles lederkrav og utfordringer for ledere i norske helseforetak (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012, s.3).

Rapporten er utarbeidet etter diskusjoner med 1000 ledere i spesialisthelsetjenesten som har kommet med innspill (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012, s.3). Det nevnes det at de nasjonale lederkravene for helseforetakene er å være helhetstenkende, ansvarlige, endringsvillige, handlekraftige, kommuniserende og inspirerende (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012, s.28). Disse lederkravene kan ses på hver for seg, men det understrekes allikevel i dokumentet at man da vil miste noe av den samlede intensjonen og mening bak kravene (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012, s.30). Ifølge Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak, kan en leder følge kravet om å være ansvarlig, som kan legges fram som at man ønsker å ta faglig ansvar innenfor sin egen enhet (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012, s.30). Det presiseres videre at en leder som er ansvarlig og helhetstenkende vil rette oppmerksomhet mot å ta ansvar for hele virksomheten, enten det gjelder pasientbehandling, økonomi, kvalitet eller kompetanse

(Nasjonal ledelsesutvikling, 2012, s.30). Ifølge dokumentet, vektlegges lederkravene ulikt avhengig av ulike typer ledere og ledernivå innenfor helseforetaket (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012, s.30). Den overordnede ledelsen står ovenfor strategiske veivalg, mens avdelingsledere møter operative problemstillinger som er av betydning for den daglige driften av helseforetaket (Nasjonal ledelsesutvikling, 2012, s.30).

Motivasjon

Motivasjon er en sterk pådriver av effektivitet og ytelse (Holt, Bremner, Sutherland, Vliek, Passer & Smith, 2019, s.458). På latin betyr motivasjon: «å bevege» (Holt, Bremner, Sutherland, Vliek, Passer & Smith, 2019, s.458). Formålet med motivasjonspsykologi er å finne ut hva som driver mennesker til å utføre bestemte handlinger. (Holt, Bremner, Sutherland, Vliek, Passer & Smith, 2019, s.459). I andre deler av motivasjonspsykologi, vektlegges motivasjon som et middel til å utføre handlinger som fører til måloppnåelse (Holt, Bremner, Sutherland, Vliek, Passer & Smith, 2019, s.460). I motivasjonspsykologi, presiseres det at motivasjon kommer fra menneskers grunnleggende biologiske, psykologiske og sosiale behov som aktiverer og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å oppnå et mål (minhelsekompetanse 2022). Man kan videre dele motivasjon inn i to ulike kategorier: indre- og ytre motivasjon (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.34).

Indre motiverte individer utfører en handling på grunn av egen genuin interesse, der utføring av handlingen oppleves som en belønning i seg selv (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.34). Denne indre drivkraften vil føre til at man får en følelse av velbehag, mestring, lykke og nysgjerrighet, etter å ha gjennomført handlingen (Mikkelsen & Laudal, 2016, s. 35). Ytre motivasjon er knyttet til ulike typer belønninger som ros, sosial status, materielle goder, der disse er den ultimate drivkraften og motivasjonen til å gjennomføre handlingen. Om man skal utføre en handling eller ikke, vil i stor grad være styrt av belønningen som den gitte handlingen fører til (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.36).

Mennesker vil ha mangel på indre og ytre motivasjon, dersom man ikke har en hensikt eller et mål å arbeide mot (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.33). I målsettingsteori, påvirker mål handling fordi de er med på å rette oppmerksomheten og innsatsen vår på aktiviteter som er relevante. Utover dette, kan mål påvirke også intensiteten, utholdenheten og hvor mye ressurser man er villig til å bruke på handlingen. Motivasjon kan beskrives ved retning,

intensitet og utholdenhet (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.38). Ifølge målsettingsteori, vet motiverte individer hva de ønsker å oppnå og setter seg konkrete mål (retning), arbeider mot å nå målene (intensitet), over lengre tid (utholdenhet).

Videre, understreker målsettingsteori, at dersom man skal ha tilstrekkelig motivasjon til å drive mennesker, må målene være klare og tydelige. Dette vil si at målene er spesifikke, målbare, oppnåelige og relevante (McShane og Glinow 2021, s.179). Spesifikke mål forteller hva man skal oppnå og hvordan man arbeider for å oppnå målet (McShane og Glinow 2021, s. 180). Man må kunne måle i hvor stor grad man beveger seg mot målet, ettersom motivasjon oppstår når man har en indikasjon på oppnåelse og forbedring av disse målene. Et av de vanskeligste dilemmaene når det kommer til målsetting, er hvor utfordrende de bør være (McShane og Glinow 2021, s.181). Dersom målene er for enkle, vil medarbeidernes innsats være langt under deres potensial. Da vil ikke de menneskelige ressurser utnyttes fullt ut. Det samme skjer dersom målene oppleves som for utfordrende og krevende (McShane og Glinow 202, s. 181). I tillegg, vil mål som ikke oppleves som relevante for det arbeidet man utfører, ha lik effekt. Andre mål som kan virke demotiverende og ødeleggende for motivasjon er hårete mål samt mål som blir endret midt i en pågående prosess (Mikkelsen og Laudal 2016, 31).

Å skape, beholde og utvikle motivasjon en viktig lederoppgave (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.33). Årsaken er at motiverte ansatte er en nødvendighet for å kunne styrke en bedrifts produktivitet og effektivitet (Mikkelsen og Laudal 2016, s.33). Ifølge Ryan & Deci, produserer motivasjon ønskelige resultater for organisasjonen både på individnivå og organisasjonsnivå (Ryan, Deci, 2000, s. 68).

Som nevnt tidligere, er konkrete mål avgjørende for å skape motivasjon, og å nå både organisasjonens mål samt individuelle mål som medarbeiderne har (McShane og Glinow 2016, s. 173). Det er først når de ansatte når sine mål på individnivå, at organisasjonen kan nå sine mål på virksomhetsnivå (Mikkelsen & Laudal, 2016, s. 33) Av den grunn må en leder hele tiden arbeide kontinuerlig for at arbeiderne når sine mål gjennom arbeidet, ettersom det er den eneste muligheten for at også virksomheten vil klare dette.

Hertzberg tofaktorteori

Et av de mest innflytsrike bidragene innen motivasjonspsykologien er Frederic Hertzbergs forskning omkring motivasjon på arbeidsplassen (Jacobsen & Thorsvik 2013, 160). Frederic Hertzberg var en amerikansk psykolog med sterkt engasjement innenfor mental helse (Syptak, Marsland og Ulmer 1999). To faktor modellen ble introdusert i boken hans «The motivation to work» i 1959 (Syptak, Marsland og Ulmer 1999). Hertzbergs tofaktorteori har i senere tid blitt en av de mest utbredte og brukte motivasjonsteoriene til empirisk forskning. «The motivation to work» forsøker å forklare hva som kan bedre motivasjon hos medarbeidere, ettersom arbeidslivet var preget av stor misnøye i denne perioden (Markedshøyskolen 2015). Misnøyen inkluderte streik, jobbfravær og høy innlevering av klager knyttet til arbeidsforhold (Markedshøyskolen 2015).

Modellen til Hertzberg har empiriske bevis og er kvalitetssikret av psykologer i senere tid (Syptak m.fl. 1999). Gjennom bruk av et kvalitativt, semistrukturert intervju på 203 revisorer og ingeniører, formet han tofaktormodellen (Syptak m.fl. 1999). Modellen har senere blitt utvidet da 4000 arbeidstakere fra forskjellige yrkesgrupper også deltok i studien. Dette gjorde at teorien hans ble kvalitetsikret ytterligere (Markedshøyskolen 2015). Gjennom de semistrukturerte intervjuene ønsket Hertzberg å vite når arbeiderne følte at de hadde gjort en ekstra bra jobb, og hva som var årsaken til denne tilfredstillelsen. Den samme teknikken ble brukt da han ønsket å vite hva i jobben som førte til utilfredshet. Etter at Hertzberg hadde utført intervjuene oppdaget han at faktorer som skapte tilfredshet hos de ansatte i svært få tilfeller bidro til misnøye. Motsatt, oppdaget han at utilfredshet ikke bidro til jobbtildfredshet (Syptak m.fl. 1999).

Gjennom funnene hans konkluderte Hertzberg at motivasjon kunne deles inn i 2 uavhengige kategorier: motivasjon- og hygiene faktorer. Dette vil si at tilfredshet og utilfredshet er i to separate dimensjoner. Det ikke er slik at den ene økes når den andre avtar.

Motivasjonsfaktorene

Hovedpoengene når en skal se på motivasjonsfaktorene til Hertzberg, er hvordan man kan bruke disse til å skape en økende motivasjon hos de ansatte. En av Hertzbergs oppdagelser var at motivasjonsfaktorene er med på å skape trivsel på en arbeidsplass dersom de er til stede, og mistrivsel vis de ikke er det. For å oppnå motivasjon, måloppnåelse og gode prestasjoner er disse faktorene svært viktige (Markedshøyskolen 2015). Av den grunn er arbeidsprestasjoner,

arbeidet i seg selv, ansvar og mulighet til personlig utvikling noen av de viktigste faktorene som en leder kan se på. Prestasjoner er knyttet til en suksessfull gjennomføring av en jobb, problemløsning og det å få se resultatene av eget arbeid. Det vil også ofte være best dersom man får være med på hele prosessen selv, slik at man kan se med egne øyne hva og hvordan man presterer. Et annet funn er at anerkjennelse fra en annen person, enten leder eller medarbeider er en sterk motivasjonspådriver. Situasjoner hvor man opplever å få tildelt ekstra ansvar kan også være en sterk motivasjonspådriver og gi en følelse av tilfredshet (Syptak, Marsland og Ulmer 1999).

Hygienefaktorene

Hygienefaktorene omtales også som «vedlikeholds faktorene». På den ene siden vil eliminering av de negative sidene ved disse faktorene være med på å motvirke utilfredshet. Ifølge Hertzberg vil en slik eliminering ikke være nok i seg selv til å motivere atferd, og sikre tilfredshet. Hygienefaktorene skaper mistriksel dersom de ikke er til stede, men skaper ikke tristhet dersom de er til stede. Innholdet i et arbeid kan man knytte til motivasjonsfaktorene, mens hygienefaktorene på sin side handler om arbeidssituasjonen og forholdene rundt dette. (Syptak m.fl. 1999). Noen av de viktigste hygienefaktorene er rettferdig ledelse, god standard på arbeidsforhold, og at lønnen oppfyller visse krav. Eksempelvis så er det viktig at man som leder passer på at det ikke er dårlige arbeidsforhold som slitte lokaler eller dårlig luft. Å skape et godt sosialt samhold mellom de ansatte er også en viktig hygiene faktor. Hertzberg trekker fram at det er viktig at ledelsen organiserer ulike arrangementer utenfor arbeidsplassen for å øke samholdet (Syptak m.fl. 1999).

Hertzberg sitt hovedpoeng er at man må fremme motivasjonsfaktorene samtidig som man må unngå negative forhold og fravær av hygienefaktorene. Eksempelvis kan ikke hygienefaktorene øke eller redusere tilfredshet, de kan kun påvirke graden av misnøye. Motivasjonsfaktorene må harmoniseres sammen med hygienefaktorene for å oppnå arbeidstilfredshet på jobben. Ledere i helseorganisasjoner bør forstå dette forholdet (Alrawahi, Sellgren, Altouby, Alwahaibi, Brommels, 2020). Gjennom sine studier har Hertzberg lagt grunnlaget for flere motivasjonsteorier. (Markedshøyskolen 2015). Likevel har han mottatt kritikk om hvorvidt teorien hans er relevant og dens metodiske validitet. Noen forskere har i ettertid ment at ideen hans om at arbeidstilfredshet og utilfredshet, er to uavhengige dimensjoner som må revalueres. Et annet poeng som trekkes frem er teoriens

manglende hensyn til individuelle forskjeller. Den tar ikke hensyn til at alle individer har forskjellige behov og personligheter (Syptak m.fl. 1999).

Selvdetermineringsteorien

Selvdetermineringsteorien (SDT) er en motivasjonsteori som ble grunnlagt av psykologene Richard Ryan og Edward L. Deci i 1985. SDT ble videre utviklet og presentert i en artikkel i 2000: «*Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being*» (Ryan, Deci, 2000, s. 68). Motivasjonsteoriens hovedpoeng er at den skiller mellom indre- og ytre motivasjon (Ryan, Deci, 2000, s. 68). Mennesker kan være enten indre motiverte eller ytre motiverte. De to type motivasjonene fungerer som en motsetning til hverandre.

Ifølge SDT, kommer indre motivasjon fra menneskers grunnleggende psykologiske behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet (Ryan & Deci, 2000, s.70). De tre behovene er universelle, men dekkes på ulike måter av ulike individer (Ryan & Deci, 2000, s.70). Omfang og styrkeforhold mellom behovene vil variere for ulike individer (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.44). Indre motivasjon kommer fra menneskers behov for å være nysgjerrig, nytenkende og utforskende, uten behov for belønninger (Ryan & Deci, 2000, s.70). I arbeidssammenheng, er indre motiverte individer tilfreds med innholdet og selve utførelsen av arbeidsoppgavene (Ryan & Deci, 2000, s.70). På grunn av dette, føler ikke individene et behov for ytre belønninger (Ryan & Deci, 2000, s.70). I SDT er indre motivasjon noe som eksisterer iboende i mennesker (Ryan & Deci, 2000, s.70). Ryan og Deci definerer indre motivasjon som et element som kan måles i kvalitet, ikke kvantitet (Ryan & Deci, 2000, s.70). Ifølge SDT, er det derfor ikke hensiktsmessig å forsøke å skape indre motivasjon. Man er derimot avhengig av å få fram den indre motivasjonen samt beholde og utvikle den (Ryan & Deci, 2000, s.70).

Behovet for autonomi handler i stor grad om selvbestemmelse. Det er knyttet til handling og atferd som gir frihet til selvbestemmelse og en opplevelse av ulike valg (Gagné & Deci, 2005, s. 334). Videre, er autonomi knyttet til identitet i den grad at mennesker føler på økt autonomi dersom atferden konvergerer med personlige verdier (Gagné & Deci, 2005, s.334). I arbeidslivet er autonomi knyttet til grad av kontroll over innholdet i arbeidsoppgavene og utførelsen av dem (Ryan & Deci, 2000, s.334). Medarbeidere som opererer autonomt, legger inn mer tid og innsats i arbeidsoppgavene (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.44). SDT skiller mellom autonomi og kontroll, der sistnevnte er knyttet til ytre motivasjon (Gagné & Deci,

2005, s.334). Kontroll er ikke forenelig med autonomi og indre motivasjon ellers, på grunn av at det assosieres med tvang (Gagné & Deci, 2005, s.334). Ifølge SDT, skal leder utøve autonomt for å forsterke indre motivasjon hos medarbeiderne (Ryan & Deci, 2000, s.334).

Behovet for kompetanse handler om mestringsfølelse og kunnskapsutvikling. Mennesker har behov for å føle at de mestrer omgivelsene, samt har mulighet til å anvende og utvikle kompetanse (Ryan & Deci, 2000, s.337). Kompetanse defineres som de erfaringer, ferdigheter og kunnskapen som foreligger hos mennesker (Mikkelsen & Laudal, 2019, s.240).

Mestringsevne handler om i den grad et individ opplever å håndtere utfordrende situasjoner (Mikkelsen, Laudal, 2019, s.240). Medarbeidere som opplever høy grad av autonomi, tar mer initiativ på å mestre arbeidsoppgavene (Mikkelsen & Laudal, 2016, s.44).

Til slutt, har vi behovet for tilhørighet. Mennesker har behov for sosial tilhørighet med andre individer i form av å knytte betydningsfulle relasjoner (Holt, et al.,2019, s. 464). Sosial tilknytning inkluderer også gjensidig respekt fra omgivelsene (Ryan & Deci, 2000, s.71). Å være i et fellesskap der individene støtter hverandre, fører til økt grad av autonomi (Gagné & Deci, 2005, s.338). Tilsvarende, fører et kontrollerende arbeidsmiljø til mindre grad av autonomi (Gagné & Deci, 2005, s. 72).

SDT fokuserer ikke på konsekvensene av styrken til autonomi, kompetanse og tilhørighet, men konsekvensene av i hvilken grad individer er i stand til å tilfredsstillere behovene innenfor sine sosiale miljøer (Ryan & Deci, 2005, s.76). SDT skiller seg fra tilsvarende motivasjonsteorier ved at den ikke måler motivasjon i kvantitet, men kvalitet (Gagné & Deci, 2005, s.69).

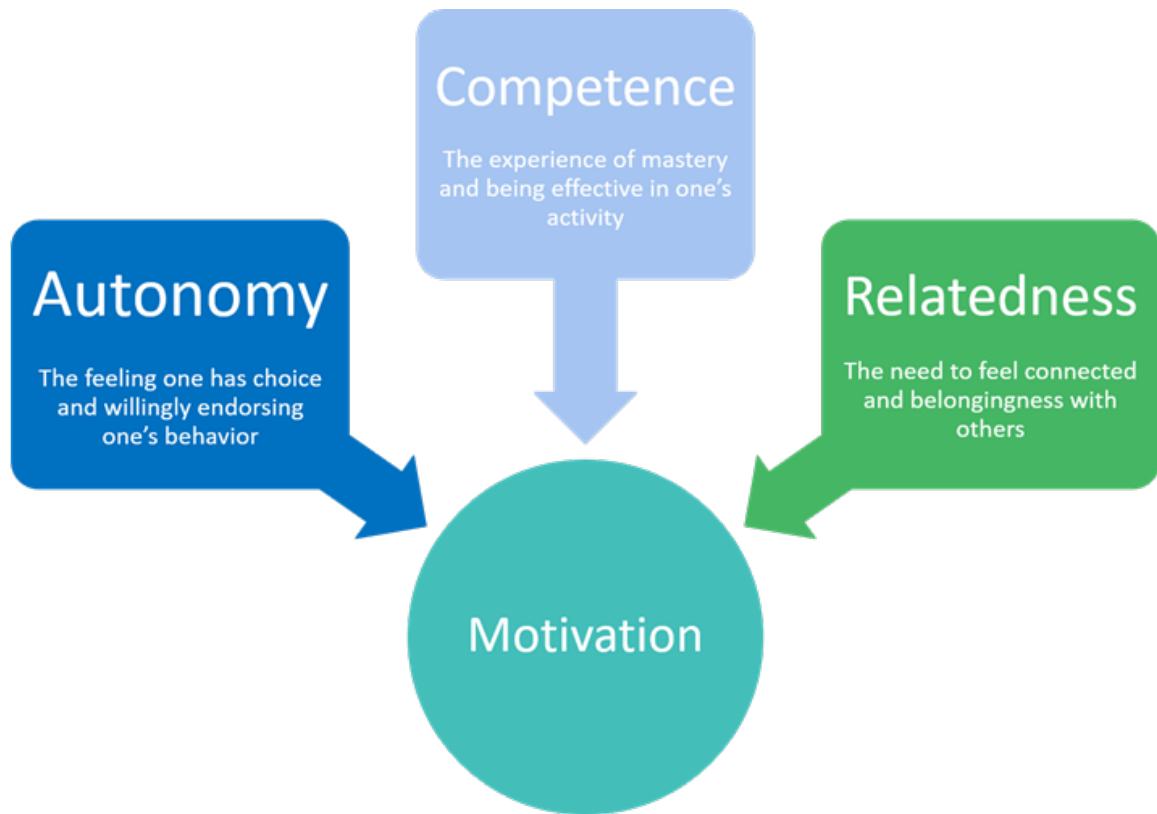
Motsetningen til indre motivasjon er ytre motivasjon. Ifølge Ryan og Deci, utfører ytre motiverte individer atferd fordi det gir en belønning i form av lønn, status og anerkjennelse fra leder (Ryan & Deci, 2000, s.71). Utover dette, kan det omhandle sosiale sanksjoner, straff og de konsekvenser som kommer av å unnlate atferd (Ryan & Deci, 2000, s.71). Ytre motiverte individer utfører ikke atferd som tilfredsstillere indre motivasjon. Atferden er derimot styrt av belønningene, derav ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Ifølge SDT, kan man ikke være både indre- og ytre motivert (Ryan & Deci, 2000, s.71). Kontrollerende lederatferd er knyttet til ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000, s. 71).

I SDT defineres amotivasjon som fravær på alle typer motivasjon og intensjonell regulering (Ryan & Deci, 2000, s. 72). Det er ikke noe som vil bli vektlagt i denne studien.

SDT har blitt kritisert for å ikke skille mellom autonomi og individualisme (Chirkov, Ryan, Kim, Kaplan, 2003). Begrepene autonomi og individualisme handler begge om individets frihet (Chirkov, Ryan, Kim, Kaplan, 2003). SDT har blitt kritisert av flere for å ikke trekke fram individualisme og dens likheter med autonomi (Chirkov, Ryan, Kim, Kaplan, 2003). Videre, har motivasjonsteorien SDT blitt kritisert for å utelukke barn og ungdom. Kritikken går ut på at barn ikke har utviklet seg kognitivt nok til å skille mellom indre- og ytre motivasjon. Barn vil i stor grad være ytre motivert, og baserer atferden sin på belønninger fra foreldre og samfunnet. SDT belyser ikke dette fenomenet, og skiller ikke mellom barn/unge og voksne. Det gjør at motivasjonsteorien i teorien kan brukes på en mindre gruppe individer.

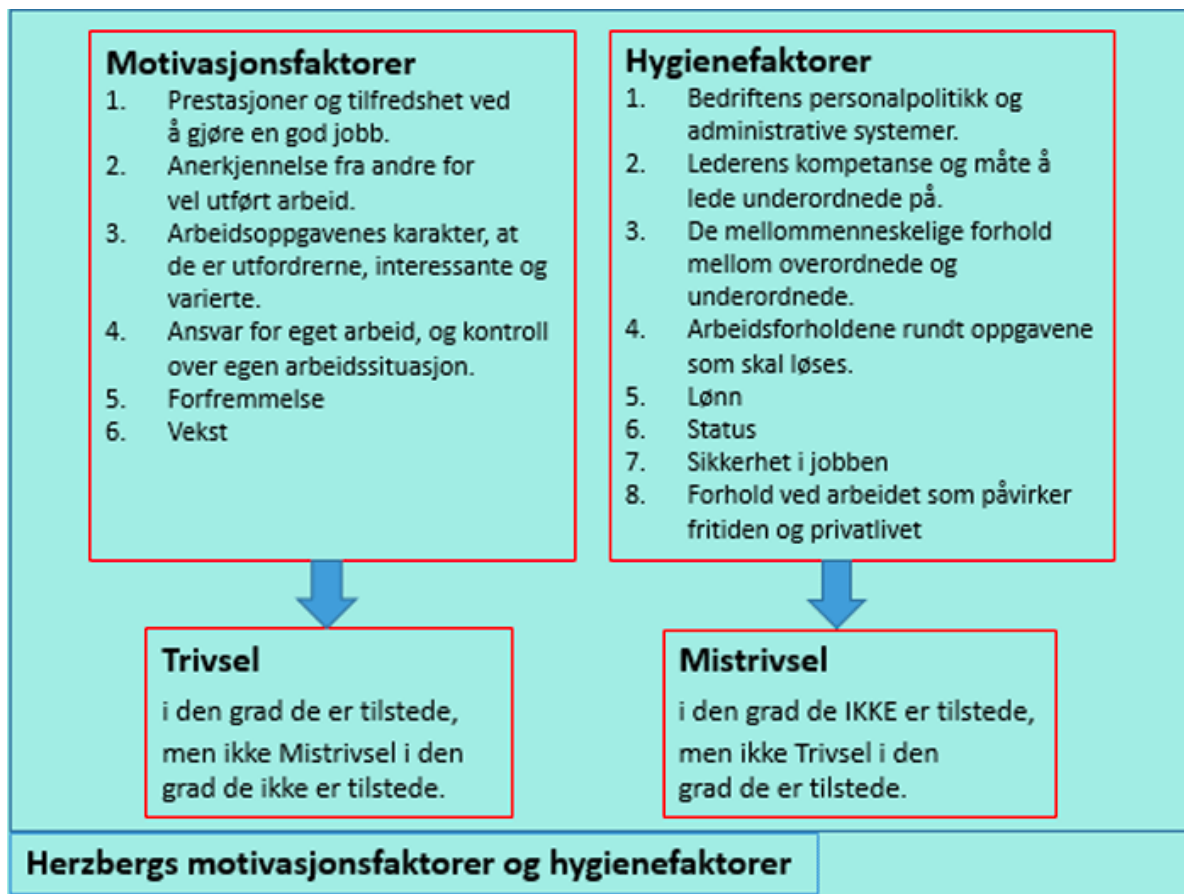
Som nevnt innledningsvis i kapitlet, er et av hovedpoengene i motivasjonsteorien SDT til Ryan og Deci, at ytre motivasjon hemmer indre motivasjon. Mennesker som mottar for mye belønninger som stimulerer ytre motivasjon, vil miste indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000, s.71). Indre motiverte individer har høyere arbeidsprestasjoner, lavere sykefravær og mer trivsel på arbeidsplassen (Kuvaas, 2006, s. 380). Ifølge Ryan og Deci, bør ledere fokusere på indre motivasjon og sette søkelys på ulike tiltak som fremmer indre motivasjon (Ryan & Deci, 2000, s.70). Videre, bør ledere redusere forhold som er knyttet til ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000, s.71). Lederens overordnede rolle kan sammenlignes med en paraply som holdes over medarbeiderne for å gi gode råd og veilede dem (Center For Self Determination Theory, 2020).

Figur 1: Selvdetermineringsteorien



Figur 1. (University of Rochester, 2023).

Figur 2: Herzbergs tofaktorteori



Figur 2. (Sander, 2019).

Forsknings spørsmål

Oppgaven tar utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan opplever sykehusleger at ledelsen motiverer dem?*

Forsknings spørsmålene avgrenser problemstillingen vår ytterligere slik at vi direkte kan knytte resultatene fra datainnsamlingen opp mot våre valgte motivasjonsteorier.

Forsknings spørsmålene blir besvart i analysedelen.

Forsknings spørsmålene i denne oppgaven er:

Hva motiverer sykehusleger?

Hvordan er forholdet mellom leder og ansatt?

Hvordan har ledelsen lagt til rette for å skape, beholde og utvikle motivasjon?

Forsknings spørsmålene er formulert for å systematisk kunne besvare dem i analysekapittelet. Dessuten, samsvarer de i stor grad med intervjuguiden for både sykehusleger og leder. Alle tre forsknings spørsmålene er ganske ulike, og det gjør at vi kan gå i dybden på hver av dem. Ulempen med å systematisere forsknings spørsmålene på denne måten, er at vi kan bli for opphengt i å få konkrete svar i på forsknings spørsmålene. Ulempen med dette er at vi ikke kan få et klart bilde av de store sammenhengene, og lette kan se bort fra viktige poeng som ikke belyses i forsknings spørsmålene.

Litteraturoversikt

I litteraturoversikt vil vi redegjøre og oppsummere tidligere studier som er av relevans for å belyse temaet i denne studien og besvare på problemstillingen vår. I nyere tid er det gjort flere ulike kvalitative og kvantitative studier for å forsøke å kartlegge hva som motiverer helsepersonell, og særlig sykehusleger. Studiene er relevante og er brukt av oss for å få et bilde av de generelle trendene som omfatter temaet ledelse og motivasjon innenfor domenet denne oppgaven avgrenser til. Videre, er studiene brukt av oss som inspirasjon til metode.

Tidligere studier

En tidligere, kvalitativ studie fra 2018 undersøkte motivasjon hos sykehusleger. Studien konkluderte med at sykehusleger motiveres av krevende arbeid og samarbeid med kolleger, samt læring og mestring (Rød, Faiz & Spehar, 2018). Videre, konkluderte studien med at læring og mestring var hovedkilden til motivasjon for sykehusleger (Rød, Faiz & Spehar, 2018). Forklaringen var behovet for kompetanseutvikling og faglig interesse. Utover dette, var faglige utfordringer en årsak til at legene valgte å arbeide på sykehus fremfor i kommunen eller i privat næringsliv (Rød, Faiz & Spehar, 2018). Tilrettelegging av kompetanseutvikling og faglige utfordringer var dermed et viktig tiltak for å styrke motivasjon (Rød, Faiz & Spehar, 2018). Dette er også konsistent med funn i vår studie. Tilsvarende var det demotiverende når kompetanseutvikling ikke ble prioritert (Rød & Faiz & Spehar, 2018). En viktig konklusjon, var at sykehusleger i liten grad var villige til å gi slipp på faglige utfordringer, til fordel for høyere lønn og andre belønninger (Rød, Faiz & Spehar, 2018). Dette samsvarer med våre funn som viser at dette også gjelder et utvalg av leger ved Univesitetssykehuset i Stavanger. Videre, ble fellesskap og tilhørighet trukket fram som viktige motivasjonsfaktorer (Rød, Faiz & Spehar, 2018). Samarbeid med kollegaer om arbeidsbelastning og følelsen av å arbeide mot et felles mål var en motivasjonsfaktor i seg selv (Rød, Faiz & Spehar, 2018). Ønske om opplæring og hjelp fra kollegaer opplevdes også som motiverende og styrket identitetsfølelsen (Rød, Faiz & Spehar, 2018). Våre funn på dette område, beskrives videre i resultatkapittelet, og vil drøftes i analysekapittelet.

En kvalitativ undersøkelse om sykehuslegers arbeidsforhold, konkluderte med at leger i liten grad er i stand til å styre egen arbeidshverdag sammenlignet med andre kunnskapsarbeidere (Basso, 2018). I undersøkelsen støttes teorien om at kunnskap og kompetanseutvikling er viktig for sykehusleger (Basso, 2018). Det trekkes også fram at leger opplever frustrasjon over å bli ledet i detalj, ettersom de har hatt en lang universitetsutdanning påfulgt av

spesialistutdanning (Basso, 2018). Resultatene fra undersøkelsen kan tyde på at behovet for autonomi og selvstendighet ikke blir dekket. Sykehusleger oppgir videre at de ikke føler de blir lyttet til i prosjekter som omhandler utvikling av spesialisthelsetjenesten (Basso, 2018). Utover dette, oppleves det at avstanden mellom ledelsen og sykehusleger har blitt større på grunn av uenigheter om økonomi og helsetilbud, samt kritikk fra sykehusleger om prioriteringer og ledelsesbeslutninger på sykehus (Basso, 2018). Resultatene fra vår studie er presentert i resultatkapittelet, og viser flere likheter på området. Våre funn på sykehuslegenes arbeidsforhold blir beskrevet i resultatkapittelet.

En kvalitativ studie fra 2011 undersøkte motivasjon hos helsepersonell og dens påvirkning på pasienttjenesten i Tanzania (Songstad, Rekdal, Massay, Blystad, 2011). Studien vurderte faktorer som arbeidsbelastning og arbeidsforhold som var av betydning for motivasjon. Studien konkluderte med at lav/manglende motivasjon kan ha negativ innvirkning på kvaliteten på pasienttjenesten (Songstad, Rekdal, Massay, Blystad, 2011). Et viktig funn fra studien, var at mangel på kompetanseutvikling førte til lav motivasjon (Songstad, Rekdal, Massay, Blystad, 2011). Utover dette, opplevdes lite åpenhet fra ledere som demotiverende for medarbeiderne (Songstad, Rekdal, Massay, Blystad, 2011).

En kvantitativ undersøkelse fra 2008 bruker Hertzbergs to faktor modell til å se på jobbtilfredshet i en ikke-kommersiell organisasjon (Purdy, Brant, Palloff, Lim, 2008). I studien ble Hertzberg sin tofaktor teori brukt til å identifisere motivasjon på grunnlag av motivasjonsfaktorer og hygiene faktorer blant ansatte i organisasjonen. Resultatet av analysen støtter konseptet om at Hertzbergs motivasjonsteori kan brukes på en ikke-kommersiell organisasjon (Purdy, Brant, Palloff, Lim, 2008). Studien identifiserer også hvilken verdi teorien har for organisasjoner og ledergrupper i organisasjoner generelt (Purdy, Brant, Palloff, Lim, 2008). I studien, konkluderte de med at motivasjonsfaktorene samsvarte med de ansattes oppfatninger av motivasjon. Økt fokus på motivasjonsfaktorene førte til at ansatte opplevde økt motivasjon på arbeidsplassen (Purdy, Brant, Palloff, Lim, 2008).

Avslutningsvis, var det en kvalitativ undersøkelse fra 2015 som studerte motivasjon hos medisinstudenter og knyttet det opp til SDT (Kusurkar, Croiset, 2015). Vi har brukt denne

studien for å hjelpe oss å vurdere og forstå hva som i utgangspunktet motiverte leger til å velge yrket. I studien ble flere ulike variabler som alder, kjønn, etnisitet, sosioøkonomisk status, personlighetstrekk og utdanningsbakgrunn tatt i betraktning (Kusurkar, Croiset, 2015.). Studien konkluderte med at medisinstudenter valgte å gå inn i legeyrket på grunn av faglig interesse, som ble knyttet til indre motivasjon (Kusurkar, Croiset, 2015.). Denne avgjørelsen var dessuten autonom, og påvirkning fra miljø, prestisje, status og inntekt viste seg å være av lite betydning (Kusurkar, Croiset, 2015). Et viktig funn fra studien var at valget om spesialiteter tilknyttet arbeid på sykehus, i stor grad var indre motivert (Kusurkar, Croiset, 2015). I tillegg, var motivasjonen i noe grad knyttet til ytre motivasjon som blant annet lønn og prestisje (Kusurkar, Croiset, 2015.). Den ytre motivasjonen var mindre fremdragende i spesialiteter som ikke var tilknyttet sykehusarbeid (Kusurkar, Croiset, 2015.).

Metode

I metodekapittelet redegjøres det for den metodiske tilnærmingen som er anvendt i denne studien, samt hva som kjennetegner en slik tilnærming. Vi vil også drøfte fordeler og ulemper ved bruk av en slik metodisk tilnærming i vår studie.

Kvalitativ metode

I denne studien tar vi for oss problemstillingen: *Hvordan opplever sykehusleger at ledelsen motiverer dem?* Situasjonen avgrenses til intervjuobjekter fra ett sykehus, nærmere bestemt Stavanger Universitetssykehus. For å avgrense ytterligere, har vi satt søkelys på sykehusleger og deres ledere. Formålet med studien var å innsamle informasjon som ga oss dybdekunnskap om et relativt lite fagfelt for å besvare problemstillingen vår: ledere sitt arbeid med å motivere sykehusleger. For å etablere et representativt bilde av dette, har vi valgt å samle inn kvalitative data om erfaringer, følelser og subjektive meninger fra intervjuobjektene. Dette innebærer data som ikke kan tallfestes. Det var dermed naturlig å benytte seg av kvalitativ metode. Datainnsamlingsmetodene vi har benyttet oss av er kvalitativt, semistrukturert intervju supplert med dokumentanalyse. Semistrukturert intervju har en åpen studieform, og gir dybdekunnskap om meninger, følelser og erfaringer hos intervjuobjektene.

Intervjuene suppleres av en dokumentanalyse basert på strategidokumenter fra Helse Stavanger HF sin egen nettside. For å sikre at vi fikk oppdatert data, har vi hovedsakelig innhentet rapporter fra 2018 til 2023. Dokumentanalyse ga oss mulighet til å se hvordan Helse Stavanger HF ønsker å presentere seg selv med tanke på hvilken informasjon som de velger å inkludere offentlig. En ulempe med å innhente dokumenter fra deres egen nettside, er at de ønsker å presentere seg selv på best mulig måte. De vil dermed naturligvis ikke inkludere dokumenter som setter de i et dårlig lys. På grunn av det, undersøkte vi flere dokumenter over tid for å se om informasjonen samsvarte. Ettersom vi ikke er medisinstudenter, kan det være språk og innhold i rapportene som ikke vi har mulighet til å fange opp.

Utover dette, ga intervjuobjektet oss innsikt i sykehusets egne interne dokumenter som handler om lederpraksis for sykehusledere. Det ga oss en mulighet til å sammenligne de interne dokumentene med dokumentene som er presentert på Helse Stavanger HF sin egen nettside. På den måten kunne vi se om innholdet i de interne dokumentene samsvarte med tiltakene som helseforetakene sa at de arbeidet med. En ulempe med dette, er at vi selv tolket dokumentene. Det gjør at vi ikke kan utelukke subjektiv bias. Vi som forskere har selv letet etter innhold i dokumentene som vi tror kan være av relevans for studien vår. Ettersom vi har et bilde og en tanke på forhånd om hva vi ønsker å finne, kan vi indirekte utelukke andre

viktige funn. En konsekvens av subjektiv bias, er at resultatene ikke reflekterer virkeligheten, og at det kan begrense validiteten og anvendeligheten til studien vår. For å redusere den subjektive biasen i vår studie, har vi letet fram i dokumentene individuelt. Videre, har vi gjennomgått de funnene vi har sett på som de viktigste og mest relevante for vår problemstilling. Det er imidlertid svært vanskelig for oss og forskere generelt å unngå all grad av subjektiv bias.

Mens kvantitativ metode egner seg best for å undersøke bredden i et fagfelt der data gjerne tallfestes, er kvalitativ metode en forskningsmetode som egner seg best når man skal undersøke mer i dybden av det man ønsker å forske på. Kvalitativ metode brukes ofte for å undersøke og beskrive menneskers erfaringer, opplevelser eller atferd. Det legges i tillegg vekt på hvilke meninger intervjuobjektene har. Videre analyseres intervjuene på grunnlag av tolkning og teori. Ifølge de nasjonale forskningsetiske komiteene, er forskning på blant annet helsetjenestens organisering samt opplevelser/oppfatninger, ett av flere tema som egner seg godt til å studeres gjennom kvalitativ metode (Fangen, 2019). Det ble derfor naturlig for oss å anvende kvalitativ metode i denne studien.

Kvalitativt intervju

I denne studien har vi valgt å bruke kvalitative intervjuer, da vi kom frem til at denne metoden er ansett å gi best innblikk i intervjuobjektene egne holdninger. Det semistrukturerte kvalitative forskningsintervjuet karakteres gjennom tolv fenomenologiske elementer: livsverdenen, mening, deskriptivt, spesifisert, bevisst naivitet, fokusert, flertydig, forandring, sensitivitet, mellommenneskelig, positiv opplevelse (Kvale, Brinkmann, 2021, s.47-49). Etiske overveielser spiller en stor rolle i alle former for kvalitative studier, spesielt når man skal ha intervjuer (forskningsetikk, 2022). Noen av de viktigste etiske prinsippene som må tas hensyn til er konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av integritet, hvor siste nevnte er spesielt viktig. Vanligvis er det krav om at man anonymiserer gjenkjennelige detaljer, og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet.

Metoden gjør at vi som forskere kan gå i dybden på hvert spørsmål, og gir oss mulighet til å skape en relasjon til dem vi intervjuer. Ved å skape en slik relasjon vil dialogen kunne bli mer åpen og avslappet, noe som videre vil føre til at troverdigheten økes.

Kvalitativt intervju har gjort det mulig å gi oss dybdekunnskap. Åpne spørsmål har gjort at intervjuobjektet får komme med tilleggsinformasjon og vi har hatt mulighet til å lese

kroppsspråk. Videre, har vi hatt mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål dersom vi følte noe var uopplært eller at vi ønsket mer utfyllende svar.

Metodesvakhet

En ulempe med metoden er at vi har smalt utvalg av informanter som blir representative for alle sykehusleger. Utover dette, har vi intervjuet flere leger enn ledere. Dette gjør at vi ikke får like bredt synspunkt fra leder perspektivet. Utvalget vårt er generelt smalt. Det betyr at en liten gruppe sykehusleger og ledere blir representative for hele helseforetaket som kan føre til lav reliabilitet. I tillegg, er sykehuslegene som er intervjuet, ansatt ved ulike avdelinger. Videre, har de ulik erfaring, og er ansatt i ulike legestillinger som lis2 og overlegestillinger. På grunn av dette, vil sykehuslegene naturligvis ha ulik oppfatning av ledelsen i tillegg til at de blir motivert av ulike elementer ved arbeidet. Selve intervjuene med sykehuslegene gjennomførte vi over telefon. Ulempen med telefonintervju er at vi ikke fikk mulighet til å tolke ansiktsuttrykk og kroppsspråk til dem vi intervjuet. Sarkasme og uttrykk ble også vanskelig å fange opp da vi valgte denne metoden. Videre, vil ikke relasjonen oppleves like personlig som det ville blitt ved et tradisjonelt fysisk intervju. Etter ønske fra leder, ble intervjuet gjennomført fysisk, ved Stavanger Universitetssjukehus. Fordelen med fysisk intervju, er at vi kunne tolke ansiktsuttrykk og kroppsspråk til leder. En ulempe med fysisk intervju var at det var mer tidskrevende og ressurskrevende. Likevel, tror vi at et fysisk intervju ga oss en personlig relasjon til leder. For oss, var det viktig å få mest mulig innsikt i hvordan leder arbeidet ettersom vi kun hadde ett lederintervju. Dermed hadde vi ikke noe sammenligningsgrunnlag. Alle intervjuene med både leder og sykehusleger ble gjennomført på ulike tidspunkt og ulike dager. Tidspunktene varierte fra kl. 10 på morgenen til kl. 18.30 på kvelden. Flere av intervjuene ble dessuten gjennomført rett etter arbeidstid. Dette kan ha påvirket svarene vi fikk fra intervjuobjektene. Sykehuslegene oppga at arbeidet generelt gjorde dem svært slitne, og det kan ha hatt negativ effekt på innsatsen de la inn i intervjuet.

I forhold til metodesvakhet og videre studier, oppfordrer vi først og fremst til at fremtidig litteratur utvider størrelsen på utvalget for å teste reliabiliteten i våre funn. Videre vil vi oppfordre til å utvide flere sykehus i Norge for å øke validiteten. Det vil også være relevant for videre studier å undersøke sykehusets strategidokumenter, og i hvilken grad det samsvarer med virkeligheten. Det gir mulighet for å teste troverdigheten. Til slutt, kan vi oppfordre til å gjøre en komparativ studie med statistisk signifikant antall respondenter i et utvalg i en ren studie på sykehusleger, og en tilsvarende studie på ledere.

Validitet

Når det gjelder validitet handler dette om man har undersøkt det man i utgangspunktet ønsket å undersøke (Dahlum, 2021). Ved å bruke kvalitativ metode, i kombinasjon med et semistrukturert intervju, krever dette planlegging i forkant, slik at man kan få mest mulig valide svar. Noe av det viktigste er å utforme en intervjuguide som er tydelig formulert og har klare spørsmål. Ettersom det er et semistrukturert intervju, vil man muligens legge til tilleggsspørsmål i løpet av selve intervjuet. Intervjuguiden vil likevel sikre at man hele tiden holder seg til tema. Under et semistrukturert intervju, er det også mulighet for at intervjuobjektet selv kan stille spørsmål, eller få omformulert et spørsmål dersom noe skulle være utydelig.

Man skiller mellom indre og ytre validitet. Indre validitet innebærer at man fanger opp det man ønsket å måle (Dahlum 2018). Stilles det spørsmål om hvorvidt konklusjonen til en undersøkelse er korrekt vil dette være en trussel mot den indre validiteten (Dahlum 2018). Her stilles det spørsmål om undersøkelsen kan være manipulert på noen som helst måte. Eksempelvis kan det oppstå trusler om den indre validiteten dersom man kan stiller seg skeptisk til den empiriske undersøkelsen. Hensikten med randomisering er at man sikrer en tilfeldig utvelgning av personer for en empirisk undersøkelse. Forekommer det tvil om en undersøkelse har et randomisert utvalg av mennesker vil dette være kritikk av indre validitet (Saunders, 2016). Videre kan man dele den indre validiteten inn i innholds- og begrepsvaliditet for å se på om et prosjekt har en god intern validitet (Saunders, 2016).

Innholds validitet referer til om intervju spørsmålene tilstrekkelig dekker den valgte problemstillingen, og om hele studien har innsamlet nok og god nok data (Saunders, 2016). Som er nevnt i metodesvakheten vil settingen til intervjuene, bruk av telefonintervju og at noen av intervjuene ble utført etter arbeidstiden, være en svakhet på innholds validiteten til vår studie. Likevel konkluderer vi med at innholds validiteten vår er god ettersom vi har tatt i bruk forskningsartikler, utformet en intervjuguide på forhånd slik at vi skulle sikre at vi fikk hentet ut nok informasjon fra intervjuene.

Begrepsvaliditet handler om hvorvidt de empiriske dataene som samles inn faktisk måler de teoretiske begrepene (Grennes, 2012). I bakgrunnssjekk i forkant av intervjuene ble det viktig for oss at all informasjon som ble hentet inn var empirisk testet hvor validiteten var etablert.

Det vil si at vi stort sett fokuserte på å hente inn informasjon fra forskningsartikler og godkjente studier. Når det gjelder intervju spørsmålene utformet vi disse ved bruk av litteratur og etablerte teknikker. Under intervjuene, var vi også nøye med å holde et stabilt tonefall og unngå unødvendige kommentarer som kunne påvirke kandidatene våre på noen måte. Vi var nøye med dette slik at vi skulle unngå intervju bias, ettersom dette har en påvirkning for hvordan intervjuobjektene velger å svare og derfor fører til at datainnsamlingen svekkes. Graden vi hadde av struktur og intervjuguiden med oppklarings og oppfølgings spørsmål bidro slik at vi reduserte sannsynligheten for intervju bias i vår forskning.

På den andre siden har man ytre/ekstern validitet, som viser til hvor generaliserbar innhentet data er til andre settinger eller grupper (Saunders 2016). Når resultatene man får fra en studie kan generaliseres, slik at det gjelder en større mengde data enn kun det man undersøker, kalles dette for ytre validitet. Eksempelvis, hvis et utvalg mennesker sies å gjelde en hel befolkning, vil studien ha en ytre validitet (Dahlmun, 2019). I vårt tilfelle, hvor generaliserbar resultatene våre er for alle legene på Stavanger Universitetssykehus. Man har flere ulike generaliserbarhetsproblemer med kvalitativ metode (Dahlum, 2019). Et generaliseringsproblem for vår forskning er at de fleste legene var lette å få tak i på grunn av felles kontakter, og var dermed lett tilgjengelige for oss, noe som ikke er tilfelle for flertallet av legene ved sykehuset. Det ville vært mer tid- og ressurskrevende for oss å forsøke å få tak i leger ved sykehuset uten kontakter. Vi har også kun intervjuet kvinner for vår undersøkelse, noe som fører til at generaliseringen blir vanskelig. Forskjell fra oss og andre som muligens vil gjøre en lignende undersøkelse i fremtiden vil også være et generaliseringsproblem, ettersom det ikke kan garanteres at de vil få de samme resultatene som vi fikk. Det kan diskuteres i hvor stor grad man kan få ekstern gyldighet ut av en kvalitativ undersøkelse. Dette er fordi man i slike undersøkelser har et lite utvalg personer og et kort tidsperspektiv. Med andre ord, i forskning hvor generalisering ikke er målet vil man møte på generaliseringsproblemer. Vi ønsket i vår forskning å få en bredere forståelse og innblikk i hvordan ledelsen ved Stavanger Universitetssykehus arbeider med å motivere leger ved. Likevel har undersøkelsen vår ekstern validitet i noen grad. Dette er fordi funnene i studien, bekreftes i motivasjonsteoriene SDT og Hertzbergs tofaktor modell som begge er utbredte og gjeldene motivasjonsteorier, og har blitt brukt i flere lignende studier.

For å øke validiteten, kunne vi utført studien ved å intervju flere sykehusleger fra ulike sykehus i Norge. Da ville vi fått et bredere sammenligningsgrunnlag. Vi kunne også valgt å

spesialisere oss på en enkelt avdeling for å styrke validiteten. Dersom vi hadde gjennomført studien på denne måten, ville vi møtt på flere kapasitetsproblemer. For det første, ville det være tidskrevende å få tak i nok respondenter fra samme avdeling. Videre, kunne det også ført til problemer med personvern og anonymitet dersom vi valgte en liten avdeling. Dersom vi hadde utvidet studien til flere sykehus, hadde vi fått et avgrensingsproblem, og studien hadde blitt større enn vi har kapasitet til.

Relabilitet

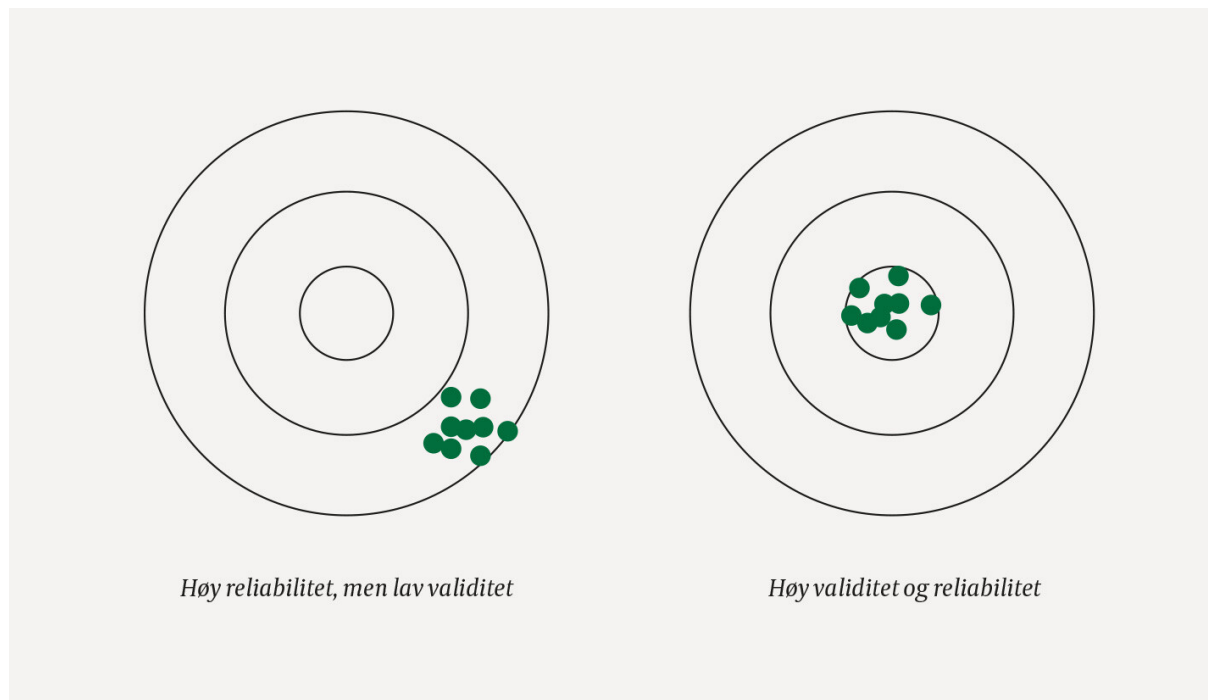
Relabiliteten kan deles inn i intern og ekstern relabilitet (Saunders, 2016). Hvorvidt datainnsamlingen og resultatene er konsistente omtales som intern relabilitet. Gjennom prosessen har vi vært to studenter som har utformet og gjennomført intervjuene, samt analysert resultatene i etterkant. Vi har derfor forsøkt å ta hensyn til den interne relabiliteten i vår studie. I tillegg sikret utarbeidelsen av intervjuguiden vår at vi fikk konsistens i mengde informasjon vi innhentet og hvilken type informasjon som det ble samlet inn for hvert intervjuobjekt. Dersom resultatet forblir lignende når undersøkelsen gjentas med samme intervjuguide flere ganger, vil det kunne indikere at studien har høy ekstern relabilitet. I vår studie, samsvarte resultatene i stor grad, slik at vi sikret høy ekstern relabilitet. Som nevnt tidligere i metode, vil vårt smale utvalg være en begrenset faktor for hvor høy relabilitet det er mulig å oppnå.

Mulige trusler for vår relabilitet er diskutert i metodesvakhet. Dette er trusler som respondentfeil, som kan påvirke hvordan intervjuobjektene har prestert (Saunders, 2016). Dette kan nyttes til omgivelser og tidspunkt intervjuobjektene var i da vi gjennomførte intervjuene. Det kan innebære for eksempel dårlig dag, personlige kriser og sykdom. Videre kan tidspress også ha påvirket svarene. Respondentbias er faktorer som påvirker falsk respons (Saunders, 2016). Utover dette, kan det også være forskjeller i humør og åpenhet på ulike tidspunkt. Dette kan ha oppstått i liten grad i vår undersøkelse ettersom noen av legene vi intervjuet er bekjente av bekjente. Selv om vi ikke kjenner dem direkte kan det at vi har felles bekjente ha påvirket resultatene ubevisst. Det er forsøkt å unngå slikt respondentbias ved at vi unngikk å kommentere noe av dette under gjennomførelsen og at vi holdt oss til spørsmålene og intervjuguiden til enhver tid uten avsporinger.

Ved en empirisk undersøkelse slik som vår studie, vil resultatet av datainnsamlingen i stor grad være preget av hvem forskerne er og hvordan de analyserer dataene de har tilgjengelig.

Når man skal vurdere reliabiliteten til en empirisk undersøkelse, vil man i dette tilfellet vurdere om de innsamlende dataene man har hentet inn, reflekterer det virkelige liv. Dette kan gjøres gjennom å kombinere den empiriske undersøkelsen sammen med et intervju med kvalitativ metode. Ved utelukkende bruk av kvalitativ metode vil slik vurdering av reliabilitet i dataen bli mer krevende. Dersom man bare hadde brukt kvalitativ metode, ville dette ha blitt mer krevende ettersom man da må tolke empirien selv. Kvalitative intervju med flere enn en person er i stor grad med på å styrke reliabiliteten til en slik undersøkelse. Da får man flere synspunkter og et bedre grunnlag for tolkning.

Dersom man sammenligner validitet og reliabilitet, er det nødvendig å høy validitet, men reliabiliteten er derimot ikke en tilstrekkelig forutsetning, og vanskelig å vurdere på forhånd. Dette er fordi reliabiliteten på en undersøkelse ofte kan avgjøres alene, mens validitet krever sammenligner fra flere studier for å bekreftes. Spørsmålet om validitet er derfor dypere og mer kompleks enn spørsmålet om reliabilitet. Det nytter altså ikke at vi har høy reliabilitet dersom målingen er systematisk feil, eller at vi måler noe annet enn vi egentlig ønsker.



Figur 3. (Pripp, 2018).

Høy reliabilitet er bra, likevel kan andre målinger med lav reliabilitet også gi verdifull informasjon (Pripp, 2018). I vår studie, kan vi konkludere med at validiteten er høy, men at

reabiliteten i teorien ikke er like høy. Som nevnt, er det derimot mest nødvendig at validiteten er høy for å kunne få en mest mulig presis og korrekt konklusjon på det vi har undersøkt i vår studie.

Utvalg

For å gjøre et utvalg har vi tatt utgangspunkt i hvem vi tror kan gi oss mest relevant data for å svare på problemstillingen. Vi har valgt å intervju fire leger som er ansatt på Stavanger Universitetssykehus. Grunnen til dette er at vi ønsket å finne ut hva som i utgangspunktet motiverte sykehusleger til å velge yrket. Videre ønsket vi å finne ut hvordan innhold og utforming kan oppleves motiverende for sykehusleger. Det gjør at vi kan sammenligne hvordan leder arbeider med å motiverer sykehusleger, med hvilken kunnskap leder har om sykehuslegers motivasjon. Sykehuslegene jobber på ulike avdelinger og har ulik grad av erfaring. Vi har intervjuet både relativt nyutdannede LiS (lege i spesialisering) og erfarne spesialister i overlegestillinger. Motivasjonsfaktorer i arbeidet kan dermed være noe ulikt, for eksempel i forhold til autonomi og kompetanse. Etersom sykehuslegene jobber på ulike avdelinger, har de ulike ledere, og de vil naturligvis ha ulik oppfatning og forhold til deres nærmeste avdelingsleder. Dette er noe vi har tatt i betraktning i forkant av selve intervjuet og i etterarbeidet i analysedelen. Et slikt intervju kalles et respondentintervju, og gjør at vi får innsikt i de personene som selv er berørt av temaet vi ønsker å undersøke.

Videre har vi intervjuet én leder som arbeider spesifikt med ledelse av menneskelige ressurser. Lederen arbeider som leder over avdelingslederne. Vi har valgt å ikke utdype nærmere hvilken type leder vi har intervjuet for å sikre personvern. Grunnen til at vi valgte å intervju en leder var fordi vi ønsket å undersøke hva ledelsen gjør for å motivere sine medarbeidere, mer spesifikt leger. Et slikt intervju kalles informantintervju, og gjør at vi får innsikt i personer som vet mye om temaet vi ønsker å undersøke.

Vi tror at valget vårt om å intervju både respondenter og informanter, har ført til økt validitet og har sikret et godt sammenligningsgrunnlag mellom hvilke motivasjonstiltak som blir planlagt og gjennomført og dem som blir direkte berørt av motivasjonstiltakene.

Forskningsetiske retningslinjer

Vi har tatt i betraktning etiske retningslinjer før, under og etter intervjuet. Utgangspunktet vårt er de generelle forskningsetiske retningslinjer som er utarbeidet av De nasjonale forskningsetiske komiteene. Et kvalitativt intervju involverer en bestemt metode og spørreteknikk. Likevel, vil intervjuetoden også ha en struktur som er lik en dagligdags

samtale, hvor intervjuguiden sikrer at man holder seg til tema. Bakgrunn for valg av kvalitativ forskning er en interesse og ønske om å forstå sosiale fenomener ut fra en aktørs egne perspektiver og beskrivelser. Kvalitativ metode gir grunnlag for å få en dypere forståelse av det man forsker på. Metoden kjennetegnes ved at fokuset rettes mot meninger, prosesser, analyse av data og nærhet til intervjuobjektene (Kvale, Brinkman, 2021, s. 48). Forskerens eget teoretiske ståsted vil likevel være med å påvirke resultatene. Det inkluderer subjektive valg knyttet til hva man ønsker å få frem fra intervjuobjektene. Den åpne strukturen man har i et kvalitativt intervju, er både en fordel og en ulempe (Kvale, Brinkman, 2021, s.134). Åpenheten ved et kvalitativt intervju fører til at man under intervjusituasjonen kommer ovenfor beslutninger som må treffes på stedet, som for eksempel valg av oppfølgingsspørsmål. Å arbeide med intervju er en lang og krevende prosess, både i forkant, ved gjennomføring av intervjuet og etterarbeid. Årsaken til dette er etiske usikkerhetsområder som skiller seg ut som de viktigste man må ta hensyn til både før, under og etter intervjuet. Etiske usikkerhetsområder inkluderer samtykke, konfidensialitet, konsekvenser, og forskerens rolle. Etiske retningslinjer som omhandler disse fire områdene blir derfor ekstra vektlagt når det har kommet til vår forskning (Kvale, Brinkman, 2021, s. 102).

Begrepet informert samtykke baserer seg på prinsippet om individuell autonomi (Kvale, Brinkman, 2021, s. 102). Dette viser til menneskers evne til å ta egne beslutninger, som man som forsker må respektere. Av den grunn, har intervjuobjektene blitt informert på forhånd om formålet med undersøkelsen, og hovedtrekk som vil prege intervjuet. Et kvalitativt intervju skal være frivillig, og intervjuobjektene har blitt informert om deres rett til å trekke seg før, under og etter intervjuet dersom dette skulle være ønskelig. Intervjuobjektene har videre blitt informert om at kun vi som forskere vil få adgang til intervjunotatene i etterkant. Tilgang til transkripsjon og analyse av de kvalitative dataene er en annen mulighet som intervjuobjektene har kunne benyttet seg av. Det er noe som kan bli relevant i situasjoner hvor det er sannsynlighet for at undersøkelsen vil føre til konfliktspørsmål, spesielt i institusjonssammenhenger, slik som det er i vårt tilfelle. Dersom intervjuobjektene angres, og vil trekke tilbake gitt informasjon, har dette blitt tatt hensyn til. Oppsummert, vil informert samtykke gi fullstendig informasjon om hvordan intervjuet gjennomføres slik at intervjuobjekter ikke villedes, samtidig som det bygges opp fortrolighet på forhånd mellom intervjuobjekt og oss som forskere.

Videre, er beskyttelse av intervjuobjektens personvern noe vi har tatt hensyn til ved å anonymisere navn, stilling og avdeling samt andre faktorer som kan være avslørende. All data

som har blitt innhentes skal ikke kunne identifisere eller avsløre intervjuobjektene. Årsaken til dette er at en kvalitativ studie kan inngå i offentlige rapporter, noe som i visse tilfeller kan gi negative konsekvenser for intervjuobjektene. Samtidig har vi informert intervjuobjektene om de fordelene som de også kan forvente gjennom sin deltakelse på intervjuet. I vår studie, ga det sykehuslegene en unik mulighet til å få frem anonyme meninger om ledelsen og forholdene rundt arbeidet. Flere av legene oppga begeistring over å ha muligheten til å anonymt kritisere forhold som blant annet underbemanning og høy arbeidsbelastning.

Før intervjustart, ble det avtalt mellom oss som forskere og intervjuobjektene hva som skulle gjøres med innhentet data i etterkant. Som nevnt tidligere, er hensyn til mulig skade man kan påføre deltaker, noe vi måtte ta stilling til. Dette viser til det etiske prinsippet om velgjørenhet som betyr at risikoen intervjuet kan ha for å skade deltakeren, skal være lavest mulig.

Vi som forskere er klar over at vi selv er det viktigste redskapet ved et kvalitativt intervju. Innhenting av relevant informasjon og kunnskap påvirkes i stor grad hva vi velger å vektlegge med studien. Forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten på kunnskapen man innhenter. Gjennom fortrolighet med verdspørsmål, etiske retningslinjer og etiske teorier har de etiske prinsippene og retningslinjene bistått oss som forskere ved å treffe valg som veier etiske hensyn opp mot vitenskapelige hensyn. På tross av dette, er det til syvende og sist vår egen kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet som er den absolutte avgjørende faktoren for at etiske hensyn blir ivaretatt.

Intervjuprosessen

Vi startet tidlig med å planlegge forarbeidet, gjennomførelse og etterarbeid tilknyttet intervjuet. Årsaken til dette var at vi skulle få god tid til å sette oss inn i temaet samt få til en solid gjennomførelse av intervjuene. Vi hadde hovedsakelig tenkt at intervjuene skulle gjennomføres over teams, men vi fikk problemer da vi skulle opprette teams lenker. Av den grunn valgte vi derfor å gjennomføre intervjuene over telefon. Som nevnt i metodesvakhet, vet vi at telefonintervju er en svakhet ved intervjuene, ettersom vi ikke kunne se og tolke ansiktsuttrykk og kroppsspråk til intervjuobjektene. På tross av dette, anså vi ikke ansiktsuttrykk og kroppsspråk som betydningsfulle faktorer for å samle inn data. I tillegg, var telefonintervjuer mindre tids- og ressurskrevende, som gjorde at vi kunne bruke mer tid på de faglige forberedelsene til intervjuet.

Først hadde vi planlagt å ta lydopptak av intervjuene. Vi valgte å legge fra oss dette under forberedelsene til intervjuene. Vi valgte å ta notater hver for oss, for å så samkjøre notatene

våre i ettertid. Dette gjorde at vi fikk bekreftet de viktigste funnene, og sikret at vi fikk med oss all relevant data. Ettersom intervjuobjektene våre er anonyme i tillegg til at vi ikke tok lydopptak, var det derfor ikke nødvendig for oss å fylle ut meldeskjemaet til sikt. Videre, anså vi det ikke som nødvendig at intervjuobjektene måtte signere på et skriftlig samtykkeskjema. Årsaken til dette er at intervjuobjektene ble kontaktet skriftlig over melding samtidig som vi også informerte dem muntlig før intervjustart. Intervjuobjektene ble også informert muntlig om at det ble tatt notater underveis.

Vi ønsket at intervjuene skulle være mest mulig reliable, hvor vår hovedoppgave som forskere var å innhente data som var lett å sammenligne, tolke og analysere. Vi begge tok del i intervjuet ved å aktivt stille spørsmål og oppfølgingsspørsmål, men var nøye med å holde oss til intervjuguiden og unngå unødvendige avsporinger. Vi noterte ned dataen vi samlet inn samtidig som intervjuene foregikk, for å sikre at vi fikk ned mest mulig konkret og korrekt data. Da vi satte i gang med analyseringen av dataen, reduserte vi informasjonsmengden betydelig. Hensikten med dette var å kategorisere funnene for å deretter sette det opp på en mer oversiktlig måte. Vi valgte hovedsakelig å se om vi fant fellestrekk mellom de ulike intervjuene og knyttet det opp mot intervjuguiden. Dette ga grunnlag for analysetabellen vår i resultatkapittelet.

Resultat fra datainnsamling

I resultatkapittelet vil vi legge frem dataen vi har samlet inn og systematisere den. På grunn av at vi har et smalt utvalg av intervjuobjekter er vi innforstått med at resultatene fra datainnsamlingen kan avvike fra virkeligheten. Resultatet er lagt fram som et eksempel på hvordan sykehusleger kan oppleve at leder motiverer dem.

Analysetabell

Det kvalitative intervjuet er vår hovedkilde til data. Vi har valgt å systematisere intervjusvarene fra sykehuslegene med intervjuguiden der vi oppsummerer de mest sentrale funnene som gikk igjen. Videre, har vi laget en tilsvarende for leder som oppsummerer de mest sentrale funnene i stikkordsform som er av betydning for å kunne drøfte og svare på problemstillingen. Analysen tabellen samsvarer i stor grad med intervjuguiden, og analysetabellen kan derfor sees på som en mal og oppsummering av intervjuguiden som ble utformet i forkant av selve intervjuet.

Spørsmål sykehusleger	Oppsummering av funn
Hva motiverte deg til å bli lege?	Stor interesse for fagfeltet. Inspirasjon fra barndommen. Kjennskap til legeyrket via familiemedlemmer som var leger. Ønsket om å hjelpe.
I hvilken grad føler du deg motivert på jobb?	Svært motivert. Trives i jobben. Underbemanning og høy arbeidsbelastning er i stor grad demotiverende.
Hvordan bidrar innholdet og utformingen av arbeidet til å styrke din motivasjon?	Samhold er svært viktig. Selvbestemmelse og autonomi er viktigere desto mer erfaren man er. Kompetanseutvikling er viktig både i arbeidshverdag og i form av forskning/kurs/overlegepermisjon. Høy arbeidsbelastning gjør at arbeidsoppgavene må gjøres med dårlig tid.

Hvordan fungerer samarbeid med kollega og leder?	Variierende. Har nærhet til avdelingsleder, og oppleves som en del av teamet. Føler press fra øverste ledelsen og helsepolitikere. Annerkjennelse i form av tilbakemeldinger fra avdelingsleder og kolleger oppleves som motiverende.
Hva opplever du at leder gjør for å kontinuerlig forbedre motivasjon?	Leder sender ut mail om konkrete, anbefalte tiltak for å øke motivasjon. Lite snakk om motivasjon ellers. Individuell tilrettelegging for interesser og liv utenfor arbeid. Organiserer få konkrete tiltak for å sikre samhold.
Hva mener du selv at leder kan gjøre videre for å ivareta og øke motivasjonen ytterligere?	Høy arbeidsbelastning og underbemanning er først og fremst et helsepolitisk problem. Må høyt opp i ledelsen for å gjøre tiltak. Ønsker å bli sett mer av øverste leder. Ønsker at øverste leder har forståelse for at arbeid tar tid, og har et mindre «mål-middel» syn.

Spørsmål leder	Oppsummering av funn
Hva innebærer jobben din som leder?	Av hensyn til personvern har vi valgt å oppsummere kort at leder har ansvar for å lede og veilede avdelingsledere.
Hva tenker du sykehusleger motiveres av?	Stor faglig interesse er største motivasjonsdriver. Kompetanse og læring.
Hva gjør du som leder for å motivere sykehusleger?	Har ledermobiliseringsprogram som skal veilede ansatte som er interessert i å jobbe som ledere. Ledere følges opp med jevnlig veiledning.
Hvordan fungerer samarbeid og nærhet mellom leder og sykehusleger?	Er nærhet mellom avdelingsleder og sykehusleger. Fokus på kommunikasjon og personlig tilbakemelding fra nærmeste avdelingsleder.

<p>Hva mener du at du selv og andre ledere kan gjøre for å ivareta og øke motivasjon?</p>	<p>Viktig å veilede og lære opp nye ledere for å utvikle dem til å bli gode ledere. Økt fokus på hvordan leder kan tilpasse seg etter koronapandemien med økt arbeidsbelastning. Leder må fordele arbeid mellom ansatte dersom det er stor arbeidsmengde. Kan i liten grad konkurrere på lønn, men faglig utvikling er konkurransefortrinn for helseforetaket, og det bør derfor legges mer til rette for kompetanseutvikling.</p>
---	--

Resultatene fra intervjuet med sykehuslegene viser at de motiveres i stor grad av det faglige aspektet ved legeyrket. Dette bekreftes også av leder som har samme inntrykk av sykehusleger. Leder sier videre at leger skiller seg ut i forhold til andres yrkesgrupper. Faglig interesse og mulighet for kompetanseutvikling, læring og forskning er hovedårsaken til at leger arbeider betydelig flere timer i uken enn sykepleiere, helsefagarbeidere og andre ansatte ved helseforetaket. Dette samsvarer med resultatene fra intervjuet med sykehuslegene som oppgir at det ikke er uvanlig for dem å arbeide opptil 50-60 timer i uken. Videre, var ønsket om å hjelpe og å gjøre en forskjell en årsak til at legene valgte yrket. Kjennskap til legeyrket var også en motivasjonsfaktor. Kjennskap til yrket innebar familiemedlemmer som arbeidet som leger, eller gjennom å ha tilbragt tid på sykehus som pasient/pårørende. Resultatene fra intervjuene med sykehuslegene viser at de generelt er en svært motivert yrkesgruppe til tross for høy arbeidsbelastning og dårlig bemanning.

I forhold til hvilken effekt innholdet og utformingen av arbeidet har på motivasjon, nevnes samhold som en viktig faktor. Resultatene fra intervjuene med sykehuslegene viser at det oppleves som motiverende å være sammen om høy arbeidsbelastning og å fordele arbeidsoppgaver. I tillegg, opplevdes det som motiverende å ha godt samhold med andre yrker som sykepleiere og helsefagarbeidere som arbeidet på samme avdeling. Det nevnes videre at det oppleves som for lite tid til å være sosial, og at lange samtaler på kontoret førte til overtid og dårlig samvittighet. Sykehuslegene opplevde ikke at det ble tilrettelagt for tid til sosialt samvær, som for eksempel det å spise lunsj sammen. Leder anbefalte derimot at sykehuslegene tok seg tid til å spise lunsj sammen og sosialisere seg. Fra legeperspektivet, opplevdes det at det ikke var tilstrekkelig tid til å gjennomføre felles lunsj. Utover dette, følte

sykehuslegene at det ble organisert få sosiale sammenkomster utenfor arbeidet. Dette varierte dog fra avdeling til avdeling. For sykehuslegene var sosiale sammenkomster sjeldne og ble ofte organisert av de ansatte på eget initiativ. Resultatene fra intervjuet med sykehuslegene viser at de mindre avdelingene har bedre sosialt samhold enn de større avdelingene.

I tillegg til samhold, var autonomi i arbeidet viktig for motivasjonen til sykehusleger. Resultatet fra intervjuet med sykehuslegene viser at ønsket om selvbestemmelse og autonomi øker jo mer erfaring legene får. Ansvar og frihet til å ta egne beslutninger var faktorer legene i stor grad opplevde at var en naturlig del av legeyrket. Resultatene viser videre at mulighet for å utvikle kompetansen sin i form av 10 dagers kurs i året, forskning og overlegepermisjon opplevdes som motiverende. Betydningen av anerkjennelse fra leder for vel utført arbeid samt lønn var varierende blant legene. For enkelte opplevdes det som motiverende med anerkjennelse og lønn ettersom det tydet på at arbeidet var godt utført. I tillegg, ble det nevnt at anerkjennelse og lønn opplevdes som en motivasjon i seg selv. På den andre siden, oppga enkelte av sykehuslegene at lønn og anerkjennelse fra leder ikke var av betydning for motivasjonen. Felles for dem, er at det ikke opplevdes at lønnen samsvarte med antall arbeidstimer. Anerkjennelse fra kollegaer ble derimot sett på som viktig for samholdet. I intervjuet med leder ble det bekreftet at helseforetaket ikke har mulighet til å konkurrere på lønn med kommunehelsetjenesten og eksterne vikarbyrå. Leder la til at arbeidsmiljø, faglig bredde, kjennskap til kolleger og teamarbeid var faktorer som gjorde helseforetaket konkurransedyktige.

Resultatene fra intervjuene med sykehuslegene og leder, viser at det er varierende syn på nærhet mellom leder og leger. Under intervjuet med leder, ble det nevnt at interne undersøkelser viste at ansatte i helseforetaket opplever at det er lite avstand mellom leder og ansatt. Videre, presiserer leder at det er fokus på kommunikasjon og tilbakemelding mellom avdelingsleder og ansatt. Dette bekreftes av sykehuslegene, som oppgir at det i stor grad er nærhet mellom avdelingsleder og ansatte. Utover dette, oppleves det som for stor avstand mellom øverste leder og helsepolitikere. Sykehuslegene sier videre at de ikke opplever å bli sett og hørt av øverste ledere.

Leder nevner videre at det settes søkelys på veiledning og utvikling av avdelingsledere som et tiltak for å øke motivasjon. Ulike seminarer som omhandler inspirasjon, kommunikasjon og motivasjon samt ledermobiliseringsprogram, holdes jevnlig for å sikre at ledere har oppdatert kunnskap om ledelse av menneskelige ressurser. Resultater fra intervjuene med

sykehuslegene viser at leder jevnlig sender ut e-post om motivasjon og anbefalte tiltak for å øke motivasjon. Tiltakene inkluderer blant annet anbefaling om å spise lunsj sammen og å sosialisere seg med kolleger. Individuell tilrettelegging ble også trukket fram som et viktig tiltak som avdelingsleder iverksetter for å motivere dem. For sykehuslegene, innebar individuell tilrettelegging å legge til rette for familieliv og fleksible arbeidstider i tillegg til kompetanseutvikling.

Resultatene fra intervjuene viser at høy arbeidsbelastning og underbemanning er det største hinderet for motivasjon. Ifølge leder, har koronapandemien lagt et press på ledelsen og alle medarbeiderne, inkludert sykehuslegene. I tillegg, har koronapandemien blant annet ført til mangel på medarbeidere. Felles for leder og sykehusleger var at utfordringene knyttet til koronapandemien var utenfor deres kontroll. Resultatene fra intervjuene med leder og særlig sykehuslegene, viser at høy arbeidsbelastning og underbemanning oppleves som demotiverende. Felles for leder og sykehusleger var oppfatningen om at høy arbeidsbelastning og underbemanning i stor grad var et helsepolitisk problem. Utover dette, viser resultatene fra intervjuene med sykehuslegene at de ønsker større forståelse fra den øverste ledelsen om hvor travelt arbeidet oppleves, og at mye er utenfor sykehuslegenes kontroll. Resultatene fra intervjuene med sykehuslegene, viser at de har et nært forhold til avdelingslederne. På tross av dette, nevner sykehuslegene at de ikke alltid opplever at det er rom for å gi tilbakemelding direkte til leder. Videre, oppgir sykehuslegene at de har behov for jevnlig tilbakemelding og støtte fra leder slik at motivasjonen kan økes ytterligere.

Analyse

I analysekapittelet vil vi belyse og drøfte det vi ser på som sentrale funn og tendenser satt opp mot våre to valgte motivasjonsteorier. Vi vil bruke teorien og resultatene fra datainnsamlingen til å drøfte problemstillingen. Våre resultater fra datainnsamlingen viser få avvik mellom intervjuet med leder og intervjuene med sykehuslegene.

I analysedelen vil vi bruke motivasjonsteoriene Hertzberg to faktor modell og SDT til å undersøke nærmere hvordan ledelsen motiverer sykehusleger. Analysen er inndelt etter forskningsspørsmålene våre:

- 1. Hva motiverer sykehusleger?*
- 2. Hvordan er forholdet mellom leder og ansatt?*
- 3. Hvordan har ledelsen lagt til rette for å skape, beholde og utvikle motivasjon?*

Hva motiverer sykehusleger?

Alle intervjuobjektene våre beskrev faglig interesse som den største drivkraften for å være motivert i yrket sitt som sykehuslege. Videre, viser funnene fra datainnsamlingen at leder har lik oppfatning av hva som gir sykehuslegene motivasjon. I tillegg ble det beskrevet et ønske om å hele tiden tilegne seg kunnskap om faget, noe som også er et viktig kjennetegn på at sykehuslegene er indre motiverte. Ifølge SDT, er indre motiverte individer tilfreds med selve jobbinnholdet og utførelsen av arbeidsoppgavene. Indre motivasjon viser til at sykehuslegene føler motivasjon i selve utførelsen av arbeidet, der arbeidet i seg selv gir en følelse av tilfredshet som samsvarer med personlige verdier. På den andre siden, beskrev samtlige av intervjuobjektene yrket sitt som svært krevende og tidsoppslukende. Av den grunn mente de at den indre motivasjonen var en nødvendig drivkraft som de måtte ha i sitt yrke. Dette støttes av leder som sa at indre motivasjon var nødvendig for å gjøre det krevende arbeidet som legeyrket innebærer. Sykehuslegene oppgir at de jobber opp mot 50-60 timer i uken med mye overtid. Dette blir bekreftet av leder som oppgir at sykehusleger skiller seg fra andre yrkesgrupper ved at de jobber lengre arbeidsdager. Den høye arbeidsbelastningen som sykehuslegene opplever, blir imidlertid nevnt som svært demotiverende. Flere av sykehuslegene oppgir at de tror det blir krevende å holde seg i yrket til pensjonsalder. Et

intervjuobjekt nevner at den har auto søk på nye jobber på legeföreningens nettsider, i frykt for at arbeidsbelastningen og underbemanningen blir verre. Resultatene viser at arbeidsbelastning og bemanning avhenger av avdeling. Sykehuslegene som jobber på avdelinger med høy bemanning og mindre arbeidsbelastning, oppgir at de er mer motiverte. På tross av dette, er indre motivasjon det som i stor grad gjør at legene velger å bli værende i yrket, til tross for alle ulempene det fører med seg.

Legeyrket er preget av mye ansvar og oppleves som fysisk og psykisk belastende. Man kan derfor argumentere for at legeyrket trenger indre motiverte mennesker, som har en stor faglig interesse innenfor det medisinske fagfeltet. Samtlige av våre intervjuobjekter beskrev en interesse for yrket i ung alder. Interessen vokste seg større og flere av dem mente at det enda var mer å lære. Ønsket om å tilegne seg faglig kunnskap, førte til at sykehuslegene kunne utføre stadig flere komplekse oppgaver. Ønsket om å tilegne seg kunnskap for å utføre flere og mer avanserte arbeidsoppgaver kommer i tillegg til den allerede høye arbeidsmengden. Dette bekrefter at indre motivasjon er iboende i sykehuslegene. Dette samsvarer med SDT, som sier at ledelsen ikke har mulighet til å skape motivasjon hos sine medarbeidere. Leder bør derimot legge rette for faktorer ved arbeidet som øker motivasjonen. Her kan vi trekke fram Hertzbergs motivasjonsfaktorer, ettersom tilstedeværelse av disse faktorene kan hjelpe leder til å oppnå økende motivasjon for medarbeiderne på en arbeidsplass. På mange måter, kan motivasjonsfaktorene minne om den indre motivasjonen som blir beskrevet i SDT. På bakgrunn av disse teoriene kan vi si at lederatferd har stor innflytelse på sykehuslegenes motivasjon. Det er imidlertid ikke like utpekende som den indre motivasjonen.

I senere tid, særlig i lys av koronapandemien, har helsepersonell blitt mer bevisste på deres arbeidsforhold. Leder oppgir at sykehuslegene har lavt sykefravær i forhold til andre yrkesgrupper som arbeider i helseforetaket. Samtidig presiseres det at leger i likhet med andre yrkesgrupper, ikke ønsker å arbeide like mye som før. I lys av hygienefaktorene til Hertzberg, ser man at forhold med arbeidet som stjeler av fritid og privatliv, vil føre til mistriivsel. På mange måter kan vi sammenligne hygienefaktorene til Hertzberg med ytre motivasjon i SDT. Leder oppga at helseforetaket ikke har mulighet til å konkurrere på lønn, som både kommunehelsetjenesten, privat næringsliv og eksterne vikarbyrå kan. På tross av lavere lønn, ønsker legene likevel å arbeide på sykehus. Det faktum at lønn er en faktor som oppleves som lite motiverende for flere av sykehuslegene, er i samsvar med SDT. Mennesker som mottar for mye belønninger, er tilknyttet ytre motivasjon som virker som en motsetning på indre

motivasjon. På samme måte, er ikke lønn i seg selv motivasjonsfremmende i Hertzbergs modell. Høyere lønn vil altså ikke fremme motivasjon, men kan på andre siden føre til mistriivsel dersom lønnen oppleves som lav. Ifølge Hertzbergs tofaktor teori og SDT, bør altså leder fokusere mindre på belønninger dersom hensikten er å øke motivasjon.

Det er imidlertid viktig å påpeke at lønn kan gi en pekepinn på at arbeidet er godt gjennomført og i samsvar med forventningene fra leder. Det bør for øvrig være et visst samsvar mellom gode arbeidsprestasjoner og økt lønn. Sykehuslegene oppga selv at lønnen ikke oppleves å være i samsvar med arbeidsoppgavene og ansvaret yrket medfører. Det var likevel enkelte intervjuobjekter som nevnte at lønn kunne oppleves som en motivasjonsfaktor i seg selv. Videre, oppga intervjuobjektene at en høyere lønn vil samsvare med det ansvaret og arbeidet som legeyrket medfører. Flere av sykehuslegene oppga at det opplevdes som urettferdig at det ble for lite fokus på lønn. Sykehusleger har tross alt et liv utenfor jobben og bruker inntekt fra arbeid til å finansiere fritidsaktiviteter i tillegg til helt grunnleggende behov som mat og bolig. Ifølge våre teorier, skal ikke lønn ha en effekt på motivasjon. På tross av dette er det vanskelig å konkludere om lønnen er en sterk mistriivsel faktor hos sykehuslegene i vår studie. Grunnen til dette, er at lønnen ikke er årsaken til at de har valgt legeyrket. Ifølge dem, kunne mange andre yrker gitt dem mye bedre betalt for mindre arbeid. Likevel mente noen av sykehuslegene at de måtte ha blitt bedre betalt dersom arbeidsinnsatsen og arbeidsmengden skulle ha samsvart med det de får utbetalt i lønn. Selv om vi så tendenser til noe misnøye blant sykehuslegene tilknyttet lønn og arbeidsforhold, ser vi at gleden i å utføre arbeidet de har en indre driv for, var en sterk nok motivasjonsfaktor i seg selv.

Ettersom den indre motivasjonen kommer fra faglig interesse, er det viktig at sykehuslegene får utspill for dette gjennom kompetanseutvikling. For sykehuslegene innebar det rett til 10 dager kurs i året, overlegepermisjon og forskning. Ønsket om kompetanseutvikling er en av de tre grunnleggende psykologiske behovene som må ligge til rette for indre motivasjon i SDT. Hertzberg omtalte også at personlig utvikling henger sammen med muligheten til å tilegne seg nye ferdigheter og øke kunnskapen i bransjen sin. Dersom sykehuslegene når målene sine på individnivå, vil det være gunstig for helseforetaket som organisasjon. Årsaken til dette er at organisasjoner er avhengig av individuelle prestasjoner for å nå organisatoriske mål. Leder bør legge til rette for arbeid som sørger for at sykehuslegene får utviklet kompetansen sin. Sykehuslegene oppga at de ønsket mer indirekte kompetanseutvikling i arbeidshverdagen. Det ble sagt at dersom det hadde vært flere leger på jobb samtidig, kunne

man hatt større mulighet for å utvikle seg parallelt i arbeidshverdagen. Igjen, bekreftes det at høy arbeidsbelastning og lav bemanning er et indirekte hinder for motivasjon.

Kompetanseutvikling i arbeidshverdagen kan bety økt veiledning gjennom observasjon og samarbeid om utredninger og konsultasjoner. Leder oppga at særlig nyutdannede leger er innstilte på å lære. På grunn av dette, bør nyutdannede følges tett opp med veiledning. God oppfølging vil sikre at legene får mer kompetanse under spesialiseringsløpet. I artikkelen fra NRK, ser vi at LiS 3 opplever at det er uforsvarlig at de er alene på lange nattevakter. Mangel på erfarne leger på nattevakt, fører til lite oppfølging for de nyutdannede sykehuslegene. På tross av dette, ble det oppgitt fra leder at nyutdannede leger i spesialisering får tett oppfølging. Leder bør av den grunn se nærmere på hvorvidt dens påstander stemmer. Det er likevel viktig å påpeke at artikkelen er et eksempel fra et annet helseforetak. Sykehuslegene vi har intervjuet oppgir at de ønsker enda mer oppfølging og veiledning for å bli kompetente leger. Det kan tyde på at praksisen ved Akershus universitetssykehus, er lignende nasjonalt.

Annerkjennelse for den jobben som utføres ble sett på som en nødvendig drivkraft for motivasjon for enkelte av sykehuslegene. Under intervjuene ble det nevnt at annerkjennelsen gjorde at de følte at de "ble sett" av leder og kolleger. Tilbakemeldinger ble også nevnt som en viktig måte å bli anerkjent på. Tilbakemeldingene trengte ikke bare å være positive, ettersom konstruktive tilbakemeldinger vil gi grunnlag for læring og forberedelse av arbeid. Dette gjenspeiles i Hertzbergs beskrivelse av annerkjennelse, som handler om hvordan annerkjennelse fra leder eller medarbeider vil være avgjørende for motivasjon til å utføre arbeidsoppgaver. Av den grunn, så vi en kobling her mellom kommunikasjon og annerkjennelse. God dialog mellom leder og ansatte ble ansett som en viktig faktor som sykehuslegene mente var viktig for å få oppleve at de ble anerkjent. Da følte sykehuslegene seg ivaretatt og at trivselen økte samtidig som det minsket sannsynligheten for misforståelser. Et overraskende funn fra intervjuene var at annerkjennelse gitt fra kollegaer ble beskrevet som mer betydningsfullt enn annerkjennelse fra leder. Dessuten, oppga sykehuslegene at dersom hverandres individuelle autonomi var anerkjent, ville det skape en sterkere tilknytning. Annerkjennelse fra kolleger førte altså til at de opplevde å bli satt pris på samt følte at de hadde en menig med å være der. Å rose av kolleger for godt utført arbeid kan oppleves som motiverende og bidra til å skape et godt arbeidsmiljø. Dette gjør at vi kan argumentere for at annerkjennelse fra kolleger er en del av samholdet som er tilknyttet indre motivasjon. I SDT, nevnes samhold som et av de tre grunnleggende psykologiske behovene som må være dekket

for at indre motivasjon skal være til stede. På grunn av dette, kan vi si at anerkjennelse fra kolleger vil føre til økt indre motivasjon.

På den andre siden, ble anerkjennelse fra leder trukket fram som en motivasjonsfaktor for enkelte av sykehuslegene. Dessuten, nevnte enkelte av sykehuslegene at ønsket om anerkjennelse fra leder var naturlig å kjenne på. Dette er i strid med SDT, som sier at anerkjennelse fra leder er knyttet til ytre motivasjon i form av indirekte press. Teoretisk sett vil anerkjennelse fra leder dermed fungere hemmende for den indre motivasjonen. Målet med arbeidet blir å oppnå anerkjennelse som kan flytte fokuset bort fra gleden i gjennomføringen av arbeidet. At sykehuslegene er opptatt av anerkjennelse fra leder, kan tyde på kontrollerende lederatferd dersom det er kultur for å måtte prestere hele tiden. Det strider med hele grunntanken i SDT, om at leder sin oppgave er å legge til rette for motivasjon. Dersom leder er svært resultatorientert, kan det føre til at snarveier blir tatt for å oppnå mål. Det vil kunne ta vekk den indre motivasjonen for å utføre selve arbeidet. Ettersom helseforetaket er en ikke-kommersiell organisasjon, vil det være mindre strategisk fokus på økonomiske resultater. Fokuset vil dermed være å forsøke å fordele og håndtere gitte midler på best mulig måte for å oppnå organisasjonens mål: å utøve spesialisthelsetjenester til befolkningen for å behandle akutt og kronisk sykdom.

Hvordan legger ledelsen til rette for motivasjon?

Øverste leder må forholde seg til de institusjonelle omgivelser som foreligger for organisasjonen. Alle norske helseforetak er eid av helse- og omsorgsdepartementet og styres etter et budsjett som er bestemt av Stortinget. Det innebærer at sykehusledere har lovbestemte begrensinger knyttet til driften av helseforetaket. De institusjonelle omgivelsene gjør at det er en forventning fra eksterne omgivelser at helseforetakene skal kunne forholde seg til budsjettet som blir gitt og samtidig yte forsvarlige spesialisthelsetjenester til befolkningen.

De administrative systemene som organisasjonen må forholde seg til, hører til i hygiene faktorene i Hertzbergs tofaktor teori. Dette vil si at måten organisasjonen tilpasser seg de institusjonelle omgivelsene, vil være en faktor for om sykehuslegene opplever mistrivsel. Årsaken til lav bemanning skyldes trolig institusjonelle omgivelser. Som nevnt tidligere, var det misnøye blant sykehuslegene vi intervjuet. En dominerende årsak til dette

var den lave bemanningen og høye arbeidsbelastningen. I SDT trekkes kontroll fram som en motsetning til autonomi som er tilknyttet indre motivasjon. Det kan tenkes at de institusjonelle omgivelsene fører til en indirekte opplevelse av kontrollerende lederatferd, som er knyttet til ytre motivasjon. Kontrollerende lederatferd strider mot hovedkonseptet med SDT, nemlig at leder skal utøve autonomt for å legge til rette for å dekke medarbeidernes tre grunnleggende psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet. Likevel, er øverste leder pålagt til å forholde seg til disse institusjonelle omgivelsene. Det er dermed lite rom for forbedringer fra ledelsen sin side. Både leder og sykehusleger oppgir at lav bemanning og høy arbeidsbelastning oppleves som et helsepolitisk problem. Det er politikerne som sitter med makten til å bevilge penger og ressurser til helseforetakene. Flere av sykehuslegene oppga at mer midler til helseforetakene, trolig vil føre til at flere leger kan være på vakt samtidig. Det gjør at det kan legges mer vekt på tidskrevende utredninger, veiledning og tilbakemelding samt kompetanseutvikling i arbeidshverdagen. Vi kan argumentere for at kjernen i det som er tilknyttet hygiene faktorene, i stor grad styres av de institusjonelle omgivelsene. Leder kan av den grunn ikke bære hele byrden på hvorfor bemanningen er så lav. De institusjonelle omgivelsene gir altså ledelsen begrensede tøyler å styre med.

Funnene våre viser at autonomi er en viktig motivasjonsfaktor for sykehuslegene. Det å ha frihet til å trekke egne beslutninger, ha en viss medbestemmelse over arbeidstiden samt overordnet ansvar for behandling, opplevdes som en naturlig del av legeyrket. Det opplevdes som viktig at leder stolte på sykehuslegene til å gi dem selvbestemmelse over arbeidet. Arbeidsoppgavene til sykehuslegene er formet slik at det gir høy autonomi i selve fremgangsmåten. På den andre siden, var det viktig at man følte seg trygg i rollen for at autonomi skal kunne utøves i forsvarlig stand. På grunn av dette, var grad av erfaring noe som hadde betydning for ønsket om autonomi. Dette er i tråd med SDT som sier at autonomi er et av tre grunnleggende psykologiske behov som må være dekket for å oppnå indre motivasjon. Autonomi kan sies å være under press fra kontrollerende lederatferd og institusjonelle omgivelser. Eksempelvis er det begrenset rom for selvbestemmelse og kreativitet over rutiner arbeidsoppgaver, som for eksempel epikriseskriving og gjennomføring av undersøkelser. Denne effekten er særlig forsterket i en kunnskapsbedrift slik som et sykehus. Helseforetakene er pliktet til å følge konkrete rutiner for å sikre kvalitet i helsetjenesten og

det faktum at arbeidet er gjort på forsvarlig vis. Det er leder som til syvende og sist, har ansvar for å foreta en avveining mellom leders behov for kontroll og sykehuslegenes behov for autonomi. Videre, kan vi si at det er viktig at leder sørger for at sykehuslegene forstår betydningen av arbeidet, slik at de ser verdien i arbeidsoppgaver som kan oppleves som krevende. Ikke alle arbeidsoppgaver som er tilknyttet til legeyrket vil trolig oppleves som indre motiverende. På tross av dette, kan det å se verdien av arbeidet forsterke den indre motivasjonen og indirekte være en metode å operere autonomt på.

Ifølge Hertzberg sin tofaktor teori, vil motivasjonen øke dersom medarbeiderne føler at de ble sett på som selvstendig tenkende i organisasjonen. Dette ble bekreftet i våre intervjuer med sykehuslegene. De mente at dersom de ble gitt ansvar, så ble mestringen større. Våre funn viser at sykehuslegene har mulighet til å delegerer sitt eget arbeid. Dette fører til riktig nivå av utfordring, og mestringfølelse i arbeidet. Man ser at leder har gitt slipp på direkte kontroll, og stoler på at sykehuslegene har nok kunnskap til å velge den fremgangsmåten som gir best mulig resultat. Sykehuslegene får dermed følge opp arbeidsoppgavene fra start til slutt, og får se resultatet av arbeidet deres i større sammenheng. Nok ansvar gjorde altså at sykehuslegene opplevde seg selv som selvstendig tenkende.

Slik vi oppfattet det, måtte det likevel være en balansegang på hvor mye ansvar som skulle bli gitt. På den ene siden så vi at legene med lang erfaring ville få tildelt så mye ansvar som mulig. På den andre siden så vi at de legene med mindre erfaring, var mer komfortable dersom de ikke fikk tildelt for mye ansvar. Likevel, innrømmet de nyutdannede legene at de hadde behov for et lite «dytt» ut fra komfortsonen ved å bli tildelt ansvar. For å kunne balansere mengden ansvar, ble kommunikasjon med leder nevnt som viktig. I våre intervjuer med både sykehuslegene og leder, ble god kommunikasjonen og tilbakemeldinger fra avdelingsleder nevnt som viktig. Det gjorde at sykehuslegene opplevde at det ble gitt riktig mengde ansvar i forhold til erfaring.

[Hvordan er forholdet mellom leder og sykehuslegene?](#)

Forhold og relasjon mellom overordnet og underordnet samt hvilken effekt dette har, blir beskrevet som en hygienefaktor i Hertzbergs tofaktor teori. Det vil si at dersom relasjon mellom leder og sykehusleger ikke er tilstrekkelig nok, kan dette være med på å skape

mistrivsel i arbeidssituasjonen. Ut fra våre funn, så vi at forholdet mellom sykehusleger og avdelingsleder var nært. I motsetning til dette, opplevdes avstanden mellom sykehuslegene og øverste ledelsen som stor, og preget av lite kontakt. Det kan skyldes flere årsaker. Sykehuset er en kunnskapsorganisasjon der høyt utdannede leger først og fremst utøver arbeid som de er utdannet til. Øverste ledelsen har ikke legeutdanning, men administrativ utdanning og kompetanse.

På den andre siden, er avdelingslederne som regel utdannet leger/sykepleiere. Ettersom avdelingslederne også jobbet «på gulvet», skapte det en følelse av at det var en «oss» kultur og ikke «vi og dem». Det kan være en årsak til at sykehuslegene opplevde et “oss” og “dem” forhold mellom dem og den øverste ledelsen. Øverst i ledelsen, jobber de administrativt. Det vil si at lederen ikke er «på gulvet» sammen med sykehuslegene. På grunn av dette, er øverste ledelsen i stor grad fraværende i arbeidshverdagen for sykehuslegene. Likevel, er det naturlig at ledere som driver med administrativt arbeid ikke arbeider tett på den operative kjernen som sykehusleger er en del av. Det er imidlertid viktig å påpeke at helseforetaket må ha administrative medarbeidere og ledere som sørger for driften. Dette gjør at «oss og dem» skillet på mange måter blir uunngåelig. En av intervjuobjektene mener at ledelsen på øverste nivå presser alt for hardt på, og ikke skjønner hvor tidskrevende for eksempel en konsultasjon egentlig er. Antakelser som dette fra både sykehuslege- og lederperspektiv, kan være grobunn for konflikt. Ettersom de ikke arbeider med det samme og opplever og observerer hverandres arbeidshverdag, klarer de heller ikke å sette seg inn i hverandres utfordringer knyttet til arbeidet. Samtidig, har lederne makt til å påvirke og bestemme over sykehuslegene til en viss grad. Motsatt, har ikke sykehuslegene mulighet til å påvirke arbeidsforholdene og arbeidsoppgavene til lederne.

Følelse av samhold og tilhørighet er viktige motivasjonsfaktorer i Hertzbergs tofaktor teori og SDT. I våre funn, bekrefter sykehuslegene at samarbeid og samhold oppleves som motiverende for dem. I tillegg, nevnte leder at godt arbeidsmiljø var en prioritet når det kommer til veiledning av avdelingslederne. Utover dette, oppga leder at godt arbeidsmiljø var en av faktorene som gjorde helseforetaket konkurransedyktige. Likevel, viser funn i vår studie, at den høye arbeidsmengden kombinert med lav bemanning, ikke bare påvirker kvaliteten i selve arbeidet, men også i hvor stor grad legene er sosiale på jobb. Utover dette,

påvirket det også grad av initiativ de tok til å bli med på sosiale sammenkomster utenfor arbeidstid. Dersom man konstant er underbemannet, har man naturligvis lite overskudd og tid til sosialisering. En av sykehuslegene mente at dens sosiale kontakt med kollegaer på jobb var mangelfull, og at den nærmest ikke kjenner til sine egne kollegaer. Dessuten, følte også flere av sykehuslegene på dårlig samvittighet dersom de var «for sosiale». Overskudd til å være med på sosiale sammenkomster med kolleger utenfor arbeidstid, hadde dem heller ikke tid til, ettersom man måtte ta hensyn til familie, trening og hobbyer.

Ettersom samhold opplevdes som en viktig faktor for motivasjon, bør leder legge til rette for ulike tiltak som fremmer samhold. For sykehuslegene, var det tydelig at bemanningen måtte økes slik at de fikk tid til å sosialisere seg gjennom felles lunsj og småprat. På den andre siden, er det nærmest umulig for alle medarbeiderne å ha pause samtidig. Naturligvis er årsaken til dette at ikke alt arbeid kan vente til «etter pausen». Dersom det var høyere bemanning, ville det derimot vært høyere sannsynlighet for å få til mer sosialisering på arbeidet og mer fleksible lunsjpauser. Det ville også ført til mer behagelig arbeidshverdag og mer overskudd utenfor arbeidstid. Ettersom arbeidsforholdene gjør det utfordrende å få til sosialisering i arbeidstiden, bør leder heller fokusere på å arrangere flere sosiale sammenkomster utenfor arbeidet. Dette vil kunne skape økt samhold og kjennskap til kolleger. Ifølge sykehuslegene, ga sosiale sammenkomster dem en unik mulighet til å bli kjent med medarbeiderne som sykehuslegene arbeidet med i hverdagen. Dermed vil stresset som sykehuslegene kjenner på gjennom arbeidsdagen, ikke være til stede i samme grad. På tross av dette, viser funnene våre at slike sosiale arrangementer ofte har høyt fravær. De mindre arrangementene som ble organisert av avdelingen selv, har vanligvis høyere oppmøte. Ettersom våre funn altså viser at sosiale arrangementer på avdelingsnivå har høyere oppmøte, bør avdelingsleder legge til rette for at det arrangeres sosiale sammenkomster på avdelingen.

Konklusjon

I konklusjon kapittelet vil vi presentere et endelig svar på problemstilling ved å oppsummere og tolke resultatene fra analysekapittelet. Som nevnt tidligere, vil ikke studien kunne gi et nøyaktig bilde av virkeligheten på grunn av få informanter. Konklusjonen er et eksempel på hvordan sykehusleger kan oppleve at ledelsen motiverer dem.

Oppsummering og konklusjon

I denne studien har vi undersøkt hva som motiverte sykehusleger til å velge legeyrket, hvilke faktorer ved arbeidet som opplevdes som motiverende, og hvordan sykehuslegene opplevde at ledelsen arbeider med å motivere dem. Vårt utvalg av respondenter ga oss et bilde på faktorer som vi kunne se at gjentok seg i deres meninger og refleksjoner. Samhold, anerkjennelse, ansvar fra Hertzbergs teori, sammen med høy autonomi fra STD så vi utmerket seg i sammenligningen av undersøkelsen vår.

Konklusjon av studien er at sykehuslegene ble motivert til å velge legeyrket, først og fremst på grunn av faglig interesse fra tidlig alder. Videre opplevde sykehuslegene at høy grad av autonomi, mulighet for kompetanseutvikling i form av kurs og overlegepermisjon også var viktig for motivasjonen. På tross av dette, viste det seg at sykehuslegene ønsket mer kompetanseutvikling i det daglige arbeidet. Høy arbeidsbelastning og lav bemanning var et hinder for dette. Til slutt, fant vi ut sykehuslegene opplevde at lederne motiverte dem ved å tilrettelegge for livet utenfor arbeid og hadde nærhet til sykehuslegene. I motsetning til dette, ønsket sykehuslegene at det var mer fokus på kompetanseutvikling i hverdagen.

Sykehuslegene var i stor grad fornøyd med arbeidet ledelsen gjorde for å motivere dem. De oppga at demotiverende faktorer som høy arbeidsbelastning og lav bemanning var et problem som ikke den øverste ledelsen ikke kunne kontrollere. De mente derimot at dette hovedsakelig er et helsepolitisk problem måtte fikse, som politikere har ansvar for. Det er altså noe som er utenfor avdelingsleders kontroll.

I tillegg opplevde sykehuslegene at demotiverende faktorer som høy arbeidsbelastning og lav bemanning oppleves som mer overkommelig dersom legene jobbet sammen om det og forsøkte å fordele arbeidet.

I studien fant vi ut at samhold var svært viktig for motivasjon blant sykehuslegene, noe som var overraskende. Et godt samhold på avdelingen kunne ha betydelig å si for om man trives

og ønsket å fortsette i jobben og yrket. God informasjonsflyt og dialog følger med et godt samhold, slik at de ansatte føler tilhørighet og medvirkning i det daglige arbeidet. På denne måten vil de også føle at de blir anerkjent i virksomheten, noe som vi så at også var en viktig motivasjonsfaktor for de ansatte. Dette var anerkjennelse i form av tilbakemelding, både fra ansatte og leder.

Fra et lederperspektiv, fant vi ut at ledelsen hadde en oppfatning om at det faglige aspektet ved legeyrket var en stor motivasjonsfaktor. Denne oppfatningen samsvarte med svarene vi fikk fra sykehuslegene. Leder presiserte at helseforetaket ikke kan konkurrere på lønn, men på faglig bredde, utfordringer og teamarbeid. Dette understøttes av sykehuslegene som sier at de velger å jobbe på sykehus på tross av dårligere lønn på grunn av den unike muligheten til faglig utvikling som ikke kommunehelsetjenesten, privat virksomhet eller eksterne vikarbyrå kan tilby. Det viste seg at leder opplevde utfordringer i etterkant av koronapandemien i forhold til bemanning som medførte at ledelsen måtte tilpasse seg. Leder forsøkte å legge vekt på at avdelingsledere jobber med å fordele arbeidet rettferdig, men at det er krevende å rekruttere flere sykehusleger. Vår endelige konklusjon er at sykehusleger opplever at ledere i stor grad arbeider med å motivere dem, med rom for enkelte forbedringer. Likevel ser vi at høy arbeidsbelastning og lav bemanning oppleves som demotiverende og at vi ser tendenser til at det kan være et hinder for indre motivasjon. Vår konklusjon er at både sykehusleger og leder opplever at faktorer som fører til demotivasjon er styrt av helsepolitikken.

Kritikk av egen oppgave

Vi var avhengige av at alle respondentene våre var leger og at vi fikk tak i minst en leder innenfor HRM. Ettersom vi var avhengige av å få tak i minst en leder, gjorde dette rekrutteringsjobben vår mer tidskrevende. Vi hadde kjennskap til fire sykehusleger, og derfor ble rekrutteringen av disse ikke noe problematisk. Ledere derimot, var mer krevende. For det første var vi usikre på hvilken type leder vi skulle få tak i, og vi var også usikre på hvordan vi skulle gå frem for å få kontakt med dem. Utover dette var det også utfordrende å finne kontaktinformasjon til ledere. Vi prøvde å få tak i noen ledere, hvor en til slutt svarte på vår mailhenvendelse. Dette var en leder over avdelingsleder. Selv om vi var fornøyd med å få tak i denne personen, ser vi nå i etterkant at vi også burde ha fått kontakt med noen avdelingsledere i tillegg. Selv om vi på den ene siden var fornøyd med det utvalget vi fikk til å rekruttere, ser vi på den andre siden at utvalget er for lite til å kunne trekke en generell

konklusjon. Ønskelig skulle vi ha økt reliabilitet- og validiteten i vår forskning ved å finne flere intervjuobjekter, ved å gjennomføre den samme undersøkelsen flere ganger for et større utvalg. Likevel følte vi at vi hadde stort nok utvalg til å kunne trekke en konklusjon. En kvantitativ forskning ville gitt oss et mer generaliserbart svar med tanke på at vi hadde hatt et større utvalg. På den andre siden hadde vi ønsket å samle inn data om erfaringer og meninger, noe en generell spørreundersøkelse og kvantitativ metode ikke ville gitt oss.

For at vi skulle klare å svare på problemstillingen vår var vi avhengige av at alle respondentene ga oss ærlige svar under intervjuene. Dette har vi ingen garanti for. Vi kunne kontrollert dette hvis vi hadde større utvalg fra samme avdelinger, dessverre var ikke dette mulig for oss ressursmessig.

Vi har i studien vår samlet inn data på bakgrunn av intervjuguiden vi utformet. De fleste spørsmålene var knyttet til motivasjon og forhold til ledelsen. Da noen av spørsmålene var knyttet konkret mot ulike faktorer fra motivasjonsteoriene våre, kan dette ha ført til ledende spørsmål som kan ha påvirket validiteten på svarene i noen grad. Det er aldri noen fasitsvar i en kvalitativ undersøkelse. Når man undersøker hva som skaper motivasjon på en arbeidsplass, så er det flere andre utenforstående faktorer som kan spille inn på svarene. Dette kan være menneskers livssituasjon, dagsform og humør for å nevne noen. Det kan ha hendt noe positivt eller negativt i forkant av intervjuet som vi ikke har noe kjennskap om. Dette er faktorer utenfor vår kontroll.

Videre, er en annen svakhet ved vår studie, at vi ikke har intervjuet leger som har sluttet i jobben som sykehuslege. Ved å intervju tidligere sykehusleger, kunne vi fått et bredere perspektiv og økt forståelse for hvorfor motivasjonen ikke var tilstrekkelig nok til å bli værende i jobben. Dette kunne gitt oss et bedre grunnlag i analysen og konklusjonen.

Videre studier

Våre funn samsvarer i stor grad med studiene som er presentert i litteraturoversikten. Særlig Rød, Faiz og Spehar sin studie om sykehuslegers motivasjon fra 2018, samsvarer med våre funn om at sykehusleger er en indre motivert yrkesgruppe. I likheter med studien til Rød, Faiz og Spehar, kan vi trekke sterke paralleller mellom sykehuslegers motivasjon og de tre grunnleggende psykologiske behovene som er presentert i SDT: autonomi, kompetanse og tilhørighet. Studien om medisinstudenters motivasjon bekrefter i tillegg våre funn om at indre motivasjon er avgjørende for valg av legeyrket. Videre, viser funnene våre at

arbeidsforholdene til sykehuslegene oppleves som destruerende for motivasjon. Funnene samsvarer med resultater fra studien som undersøker sykehuslegers arbeidsforhold, som presiserer at kunnskapsarbeidere krever ulik type ledelse. Resultatene fra studien som hadde som hovedfokus å fokusere på ansattes motivasjon og jobbtilfredshet, gir et grundig grunnlag som støtter konseptet om at Hertzbergs tofaktor modell enkelt kan brukes på en ideel moderne organisasjon.. Resultatene av denne studien identifiserer også hvilken verdi teorien har for organisasjoners ledergrupper og for organisasjoner generelt. På den andre siden, har vi ikke funnet data som omhandler sykehuslegenes motivasjon og kvalitet på helsetjenesten, slik som i den kvalitative studien fra 2011 om motivasjon hos helsepersonell og dens påvirkning på pasienttjenesten i Tanzania. Et viktig funn fra denne studien var derimot at mangel på kompetanseutvikling førte til mangel på motivasjon. Funn fra vår studie bekrefter at sykehusleger opplever lite fokus på kompetanseutvikling som demotiverende.

I konklusjonen kom vi fram til at faktorer som førte til at sykehuslegene var demotiverende, opplevdes som et problem som lå utenfor avdelingsleder/ledere i helseforetaket sin kontroll. På grunn av dette, kan det være interessant for videre studier å undersøke hvordan helsepolitikken er lagt opp for å motivere helsepersonell, nærmere bestemt sykehusleger. Dessuten, er utfordringer knyttet til bemanning av helsepersonell, høy arbeidsbelastning og kutt i budsjetter til helsesektoren et svært dagsaktuelt tema som flere stiller seg kritiske til. Både avdelingsledere og øverste ledere i Helse Stavanger HF, må tross alt forholde seg til de begrensningene helsepolitikken setter.

Generelt, er det forsket mye på hvordan SDT og Hertzbergs tofaktormodell kan forklare motivasjon på ulike arbeidsplasser. Det er også gjennomført liknende studier som vår egen. Fokuset videre bør ligge på flere respondenter og informanter, altså både flere sykehusleger og ledere. I tillegg, bør det inkludere datainnsamling fra avdelingsledere som arbeider tett med sykehusleger og kan komme med mer konkret informasjon. De fleste av studiene som er gjort på området motivasjon av helsepersonell/sykehusleger, er kvalitative. Det fører til at studiene får en faglig dybdekunnskap. Kvantitativ metode som et tillegg, bør vurderes for å gi studiene bredde. Dessuten, kan kvantitativ metode bidra til å systematisere resultatene fra datainnsamlingen på en mer oversiktlig måte, og gi et helhetlig bilde av generelle trender. Utover dette, kan andre typer helsepersonell undersøkes også, som for eksempel sykepleiere og helsefagarbeidere. Høy turnover er i dag er en utfordring for velferdsstaten som koster store summer. Å undersøke flere profesjoner innen helse kan gi et samlet bilde på hva

helsesektoren må gjøre for å ikke bare rekruttere, men også beholde samfunnskritisk helsepersonell.

Avslutningsvis synes vi selv at vår valgte problemstilling og tema har vært interessant og svært lærerikt. Økt fokus på helsepersonells motivasjon og deres arbeidsforhold er svært dags aktuelt. På grunn av det, er det behov for flere studier som kan undersøke temaet nærmere. Vi vil av den grunn sterkt anbefale andre å undersøke dette temaet nærmere, og vi har derfor gjennom dette kapitlet forsøkt å peke ut hvilke områder som egner seg særskilt godt for videre studier. Oppsummert, kan videre studier fokusere mer på helsepolitikken for å få et mer helhetlig bilde av motivasjonsfaktorer. Vi vil videre oppfordre til å utføre flere respondent- og informantintervjuer for å øke validiteten og relabiliteten ytterligere. I tillegg, vil det være hensiktsmessig å undersøke flere yrkesgrupper innenfor helsevesenet for å få et bedre sammenligningsgrunnlag.

Litteraturliste

Helse Stavanger. (2023). Om oss. Hentet fra: <https://helse-stavanger.no/om-oss>

Nav (2022). NAVs bedriftsundersøkelse 2022. Hentet fra: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen>

Bakken, J & Dae, E. (2023, 21. februar). Leger gråter på jobb og håper på omgangssyke for å slippe vakter. Hentet fra: <https://www.nrk.no/osloogviken/ahus-leger-jobber-sa-mye-at-de-blir-utslitt--en-lege-haper-pa-bilulykke-for-a-slippe-nattevakt-1.16280131>

Braut, G. (2022, 23. august) Helseforetak. Hentet fra: <https://sml.snl.no/helseforetak>

Helsenorge. (2021, 15. april). Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hentet fra: <https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp/>

Jacobsen, D. & Thorsvik, J. (2014) *Hvordan organisasjoner fungerer*. (utgave 4). Bergen: Fagbokforlaget.

McShane, S & Glinow, M. (2021). *Organizational behavior*. New York: McGraw-Hill Education.

Mikkelsen, A & Laudal, T. (2016). *Strategisk HRM 1* (utgave 2). Cappelen Dam AS.

Grund, J. (2006, februar). Kunnskapsorganisasjoner – hva er ledelses- og styringsutfordringene. Hentet fra: https://arken.nmbu.no/~sigury/AOS_234/AOS234%20files/Grund_2006_Kunnskapsorganisasjoner%20-%20styrings-%20og%20ledelsesutfordringer.pdf

Argote, L & Ingram, P. (2000, mai). Knowledge Transfer: A basis for competitive advantage in firms. Hentet fra: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0749597800928930?token=69FB2F3BDD7FA4CA2197020C58E9A53FA89A22A90FACE8A0AB13E385FA064997FBC4B6CC35D7B4732D06BEB6C1469B44&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230413121528>

Schumacher, A. (2012, 1. mai). Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak. Hentet fra: [Vedlegg_5_Nasjonale_lederplattform_\(2\).pdf](#)

Holt, N. Bremner, A. Sutherland, E. Vlieg, M. Passer, M. Smith, R. (2019). *Psychology*. McGraw-Hill Education.

Ryan, R & Deci, E. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. Hentet fra: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf

Gagne, M & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. Hentet fra: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2005_GagneDeci_JOB_SDTtheory.pdf

Kuvaas, B. (2006, 27. mars) Work performance, affective commitment, and work motivation: the roles of pay administration and pay level. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.377>

Chirkov, V. Ryan, R. Kim, Y. Kapla, U. (2003, januar). Differentiating autonomy from individualism and independence: a self-determination theory perspective on internalization of cultural orientations and well being. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12518973/>

Center For Self-Determination Theory. (2020, 15. Januar). *Q&A with Richard Ryan: Work Motivation 1.15.2020*. (Video). YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=fv9G6PLnzQY>

Syptak, J.,M., Marsland, M., W., Ulmer, D (1999) Job satisfaction: *Putting Theory Into Practice*. AAFP. Hentet fra: <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/1999/1000/p26.html>

Alrawahi, Sellgren, Altouby, Alwahaibi, Brommels (2020) Hentet fra: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32954029/>)

Minhelsekompetanse (2021) Aktivitet og mestring. Hentet fra: <https://min.helsekompetanse.no/mod/book/view.php?id=4615&chapterid=2377>

Markedshøyskolen (2015) Hvilke faktorer blir mest vektlagt når ledere skal motivere sine ansatte, og hvilken sammenheng finner vi til Herzbergs tofaktor-teori? Hentet fra: <https://docplayer.me/24054780-Hvilke-faktorer-blir->

Røed, Faiz, Spehar. Sykehusleger motivasjon. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2018/10/kronikk/hva-motiverer-sykehusleger>

Purdi, Brandt, Pallof, Lim(2008) Job satisfaction: Hertzbergs motivation – hygiene theory. Hentet fra: (<https://www.proquest.com/docview/304819251?fromopenview=true&pq-origsite=gscholar&parentSessionId=FywuM3JVDFqQrdXr%2FmXzoe4lca1oV32o%2Fo6x518PJLE%3D>)

Forskningsetikk (2022) Etikk i kvalitativ studie. Hentet fra: (<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>)

Dahlum, S. (2018, 20. februar). Validitet. Hentet fra <https://snl.no/validitet>

Dahlum, S., & Tjernshaugen, A. (2019, 24. september). Kvantitativ metode. Hentet fra https://snl.no/kvantitativ_metode

Grenness, T. (2012). *Hvordan kan du vite om noe er sant? : veiviser i forsknings- og utredningsarbeid for studenter, ledere, konsulenter og journalister* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (Seventh edition. ed.). Harlow, England: Pearson.

Pripp. (2018). Validitet. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2018/09/medisin-og-tall/validitet>

Baso, T. (2018, 28. februar). Har sykehuslegene lurt befolkningen? Hentet fra: <https://yngreleger.no/artikkel/har-sykehuslegene-lurt-befolkningen-om-bierverv-lonn-og-arbeidsbelastning>

Sognstad, N. Rekdal, O. Massay, D. Blystad, A. (2011, 12. februar) Perceived unfairness in working conditions: The case of public health services in Tanzania. Hentet fra: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-34>

Kusurkar, R & Croiset, G. (2015, november). Self-determination theory and scaffolding applied to medical education as a continuum. Hentet fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26506601/>

Fangen, K. (2022, 6. september). Kvalitativ metode. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>

Kvale, S & Brinkmann, S. (2021). Det kvalitative forskningsintervju (utgave 3). Gyldendal Norsk Forlag AS.