

Motivere, eller ikke?

Hvordan motiveres og demotiveres våre viktigste ansatte?

Tormod Gjerde Opdal

Veileder: Professor Rune Lines

Masterutredning i administrasjon og ledelse,

Institutt for strategi og ledelse

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Denne utredningen er gjennomført som et ledd i masterstudiet i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen inntår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Forord

Ferdigstillingen av denne utredningen inngår som det siste leddet av en lang rekke i mitt studium ved NHH. Masterutredningen er et selvstendig arbeid innenfor profilen Strategi og Ledelse. Arbeidet med utredningen har gått over flere år med et hovedfokus det siste halvåret. Det har til tider vært en krevende prosess, men også i stor grad inspirerende og lærerikt.

Underveis har flere personer stått sentralt med ulike former for bidrag. Først av alt vil jeg takke alle respondentene, leger og sykepleiere, som stilte åpenhjertig opp til intervju. Videre vil jeg takke personer i administrasjonen ved universitetssykehuset for god hjelp med tilrettelegging av intervjuene. Samt lederne ved de ulike avdelingene som lot de ansatte gå fra arbeidet for å kunne delta.

En stor takk må også rekkes til min veileder, professor Rune Lines, som har bidratt med faglig veiledning og inspirasjon gjennom hele prosessen.

Til slutt vil jeg takke min bror, Per Øystein, som er lege og har bidratt med gode samtaler og visjoner om vårt helsevesen, min søster Karina for mye inspirasjon og konstruktive tilbakemeldinger, og sist, men ikke minst, min kone Linda, og mine to prinsesser Ada Sofie og Karolina, for god støtte.

Tormod Gjerde Opdal,

Bergen, 20. juni 2012

Til minne om mamma

Sammendrag

Denne utredningen er en masterutredning ved NHH, og tar for seg temaet motivasjon og demotivasjon blant helsearbeidere i norske sykehus. Problemstillingen for utredningen er: Hva motiverer og demotiverer leger og sykepleiere? Og hvilken mulighet har nærmeste personalansvarlige leder til, indirekte eller direkte, å påvirke denne motivasjonen? Formålet med studien er å kartlegge hva som motiverer og demotiverer helsearbeidere som kunnskapsarbeidere.

Analysemodellen i utredningen tar utgangspunkt i at helsearbeiderne, direkte og indirekte, kan bli motivert av ledelse. Indirekte ved å påvirke sentrale jobbkaraktistika, her gitt ved jobbkaraktistikamodellen til Hackman og Oldham (1980). Og direkte ved blant annet å velge lederstil som gjør at kunnskapsarbeidere blir motivert til å jobbe.

Til å besvare problemstillingen er det gjennomført 16 semi-strukturerte dybdeintervju med respondenter ved et universitetssykehus. Det er valgt en induktiv forskningstilnærming innenfor et deduktivt rammeverk. Det gjort en grundig litteraturgjennomgang for å sikre bred forståelse for eksisterende forskning innenfor temaet. Konklusjonen er at det finnes lite relevant litteratur innenfor dette temaet. Derfor er det presentert et bredt rammeverk av teorier innenfor de to hovedfeltene ledelsesteori og motivasjonsteori.

Analysen av data ble gjort etter en versjon av den analytiske metoden grounded theory. Ut i fra denne analysen ble det dannet hovedkategorier som illustrerer hva helsearbeidere blir motivert og demotivert av, og hva lederens rolle er. Sentralt i disse funnene er at lederen har stor påvirkning på motivasjonen, samt at det er et bredt samsvar mellom de ansattes motivasjon og flere av jobbkaraktistikaene. Karakteristika ved arbeidet står sentral både for leger og sykepleiere. I tillegg vektlegges kollegiets rolle. Kollegiet viser seg å dekke flere sentrale behov hos helsearbeiderne, noe de finner stor motivasjon i. Resultatene indikerer at kollegiet oppleves som et substitutt for ledelse. Helsearbeiderne sin motivasjon er altså knyttet til tre faktorer - oppgavene de gjør, kollegiet de arbeider i, og lederen som leder de.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	4
1.0 Innledning	9
1.1 Introduksjon til tema	9
1.2 Presentasjon av tema	9
1.3 Bakgrunn for valg av tema	10
1.3.1 Temaets aktualitet og viktighet	10
1.3.2 Egenmotivasjon for valg av tema.....	11
1.4 Forskningsspørsmål.....	11
1.4.1 Problemstilling	11
1.4.2 Analysemodell.....	11
1.5 Formål	13
1.6 Litteraturgjennomgang	13
1.7 Metodisk tilnærming	14
1.8 Avgrensning	15
1.9 Struktur og oppbygging.....	15
2.0 Casebedrift - Universitetssykehuset	17
3.0 Teori	18
3.1 Helsearbeid og helsearbeideren.....	18
3.2 Kunnskapsarbeid og kunnskapsarbeideren	20
3.3 Helsearbeideren som kunnskapsarbeider	22
3.4 Ledelse	23
3.4.1 Sentrale ledelsesteorier knyttet til kunnskapsarbeid	24
3.4.2 Verdibasert ledelse – et mulig konstruktivt mellomanliggende	26
3.4.3 Noen avklarende faktorer rundt ledelse	27
3.4.4 Ledelse av kunnskapsarbeidere – en ny situasjonsbestemt tilnærming?.....	29

3.5	Motivasjon.....	31
3.5.1	Motivasjonsteorier.....	32
3.5.2	Motivasjon av kunnskapsarbeidere	44
3.6	Ledelse, jobbkarakteristika og motivasjon?	45
4.0	Metode	47
4.1	Forskningstilnærming.....	47
4.2	Datakvalitet	48
4.2.1	Reliabilitet	48
4.2.2	Validitet.....	49
4.3	Innsamling av kvalitative data.....	49
4.3.1	Kontakt og tilgang	50
4.3.2	Utvelgelsen av respondenter	53
4.3.3	Gjennomføringen av intervjuene.....	54
4.4	Analyse av kvalitative data	55
4.4.1	Grounded theory.....	55
4.5	Etiske betraktninger.....	59
5.0	Empiriske resultater og funn	60
5.1	Funn relatert til jobbkarakteristikamodellen (JCT).....	60
5.2	Resultat og funn av den åpne kodingen.....	62
5.3	Resultat og funn av den aksiale kodingen	64
5.4	Resultat og funn av den selektive kodingen.....	69
5.4.1	Kollegiet.....	70
5.4.2	Lederen.....	71
5.4.3	Oppgavene.....	72
5.4.4	Hva med pasienten?.....	74
5.4.5	Andre motivasjonsfaktorer	75
6.0	Diskusjon.....	76

6.1 Oppgavene.....	76
6.2 Kollegiet.....	81
6.3 Lederen.....	83
7.0 Konklusjon.....	91
8.0 Videre forskning.....	93
9.0 Begrensninger.....	94
Litteraturliste.....	96
Vedlegg.....	101
Vedlegg 1: Informasjonsskriv til lederne.....	101
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til respondenter.....	102
Vedlegg 3: Første utkast intervjuguide.....	103
Vedlegg 4: Andre utkast intervjuguide.....	105
Vedlegg 5: Siste utkast intervjuguide.....	107
Vedlegg 6: Oversikt over nye kategorier i dataanalysen.....	109
Vedlegg 7: Hoved analysefilen.....	110
Vedlegg 8: Relasjonsoversikt underkategorier fra den aksiale kodingen.....	113
Vedlegg 9: Underkategorier sortert etter hovedkategorier.....	115

Tabelliste:

Tabell 1: Ønsket intervjustruktur	51
Tabell 2: Endelig intervjustruktur	52
Tabell 3: Resultat jobbkarakteristikamodellen	60
Tabell 4: Høyest rangert (motiverende) underkategorier	61
Tabell 5: Relasjonsinndeling av kategorier etter den aksiale kodingen.....	67
Tabell 6: Hovedkategorier med tilhørende underkategorier.....	68
Tabell 7: Resultat av den selektive kodingen	69
Tabell 8: Rådata oversikt over atferd/utfall av motivasjon/demotivasjon.....	90

Figurliste:

Figur 1: Analysemodell	12
Figur 2: Maslows behovshierarki	33
Figur 3: Herzbergs tofaktorteori	38
Figur 4: Jobbkarakteristikamodellen	40
Figur 5: Oversikt over nye kategorier (samlet) i analysen	57
Figur 6: Oppgave-relaterte motivasjon- og demotivasjonsfaktorer	65
Figur 7: Motivasjons- og demotivasjonsfaktorer Leder-Medarbeider relasjonen.....	66
Figur 8: Motivasjonsboblen.....	92

Formelliste:

Formel 1: Motivating Potential Score	43
--	----

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Denne masterutredningen tar for seg et høyaktuelt tema, nemlig motivasjon blant noen av våre viktigste arbeidere. Disse arbeiderne er de personene som skal ta vare på deg og meg når vi befinner oss i livets vanskeligste og viktigste faser. For de aller fleste av oss både starter og slutter livet rundt disse arbeiderne, for mange holder de følge gjennom hele livet. Oppgavene deres er å helbrede, kurere, pleie og behandle mennesker. Mellom disse oppgavene skal de også vise omsorg og være nære medmennesker. Det er ikke vanskelig å forestille seg at slike oppgaver krever høyt motiverte og dedikerte arbeidere. Sett utenfra kan man få inntrykk av at oppgavens karakter, vil kunne medføre at man må vie hele sin eksistens for å mestre å løse disse omfattende og krevende oppgavene. Likevel er det ikke slik. Oppgavene må løses innenfor strenge tidsrammer og økonomiske restriksjoner. For de fleste er dette en jobb med en start og en slutt, som andre jobber. Når jobben er ferdig, må man koble av for å imøtekomme nye krav fra den hektiske hverdagen utenfor jobbets rammer. Neste dag er en ny dag, med nye mennesker som befinner seg i en hjelpeløs og vanskelig situasjon, hvor man nok en gang har muligheten til å være den som vil utgjøre den store forskjellen. Hvordan skal man klare å ta del i slike skjebner og løse de krevende oppgavene innenfor rammene av en vanlig arbeidsdag? Vil ikke dette kreve høyt motiverte og dedikerte ansatte? Og hva kan man gjøre for å fremme, og best ivareta slike ansatte?

1.2 Presentasjon av tema

Denne utredningen vil fokusere på temaet *motivasjon og demotivasjon blant helsearbeidere i norske sykehus*. Deres rolle i det norske samfunnet er å ivareta vår helse. En slik omfattende oppgave krever motiverte og dedikerte arbeidere.

Motivasjon kan defineres som «*psykologiske prosesser som igangsetter, regulerer og opprettholder atferd*» (Haukedal 2005, *Arbeids- og lederpsykologi*, 7. utg. s. 85). Ut i fra denne definisjonen ser man hvilken betydning motivasjon har for utførelse av arbeidet. Motivasjon kan sees som *drivkraften i det man gjør*. Dersom drivkraften forsvinner, får det store konsekvenser for atferden til den som er uten motivasjon for arbeidet. Dette gjør motivasjon som fenomen både interessant og viktig.

Temaet for utredningen impliserer flere forhold. For det første sier det noe om konteksten, i dette tilfellet norske sykehus. Det betyr også at man befinner seg innenfor en del av det norske helsevesenet, nemlig spesialisthelsetjenesten. Videre presiserer temaet at det er sykehusansatte man ønsker å forske på, og enda mer presist er det leger og sykepleiere som er valgt ut som to grupper av sykehusansatte.

Spesialisthelsetjenesten skal levere spesialisthelsetjenester til sine brukere. Dette krever dedikerte ansatte som kjennetegnes ved at de har høy kunnskap innenfor de fagfeltene de arbeider med. I litteraturen defineres slike arbeidere som kunnskapsarbeidere. Både leger og sykepleiere har tilegnet seg kunnskap ved høyere utdanning. I tillegg jobber de i spesialisthelsetjenesten med spesialiserte oppgaver.

Innenfor temaet motivasjon, er det ønskelig å ha et særlig fokus på i hvilken grad lederen kan påvirke motivasjonen til disse kunnskapsarbeiderne. Ledelse blir derfor et sentralt fokus i utredningen.

Denne utredningen har som mål å kartlegge det motivasjonslandskapet som befinner seg rundt disse kunnskapsarbeiderne, og om dette landskapet er det samme som hos vanlige arbeidere.

1.3 Bakgrunn for valg av tema

1.3.1 Temaets aktualitet og viktighet

En sentral faktor når man velger forskningstema er i hvilken grad temaet er dagsaktuelt og av interesse, utover det at det er interessant å skrive om. Med dette mener man: om funnene kan være av interesse for flere enn forskeren selv? Forskning rundt motivasjon av kunnskapsarbeidere er på alle måter i vinden, og mitt tema faller inn under denne forskningsbølgen. For det første er dette en gruppe det er forsket lite på, og man har liten kunnskap om hvordan denne gruppen motiveres (Lines et al. 2011). Som litteraturgjennomgangen under vil vise, eksisterer det også lite forskning på motivasjon av helsearbeidere som gruppe, inkludert ledelsens innvirkning. Dersom man knytter den manglende kunnskapen rundt denne gruppen opp mot de store utfordringene som vil møte

helsevesenet de nærmeste årene, som følge av økt behandlingsbehov (eldrebølge), kombinert med mangel på helsearbeidere, er temaet på alle måter både aktuelt og viktig.

1.3.2 Egenmotivasjon for valg av tema

Valg av tema og forskningsområde er i stor grad knyttet til interesse rundt det norske helsevesenet, og likeledes erfaring som helsearbeider. Mine erfaringer og samtaler med en lang rekke andre helsearbeidere har gitt meg en innsikt i hvilke utfordringer helsevesenet står ovenfor nå, og i tiden som kommer. Flere av disse utfordringene er knyttet til hvordan man skal organisere, administrere og lede helsevesenet. Disse temaene er også gjenstand for debatt i media og fagorganisasjoner som Legeforeningen og Sykepleierforbundet. Gjennom studiene ved Norges Handelshøyskole, har organisering og ledelse fremstått som felt av stor interesse. Det ble derfor tidlig klart at den avsluttende utredningen måtte ligge innenfor disse fagfeltene.

1.4 Forskningsspørsmål

1.4.1 Problemstilling

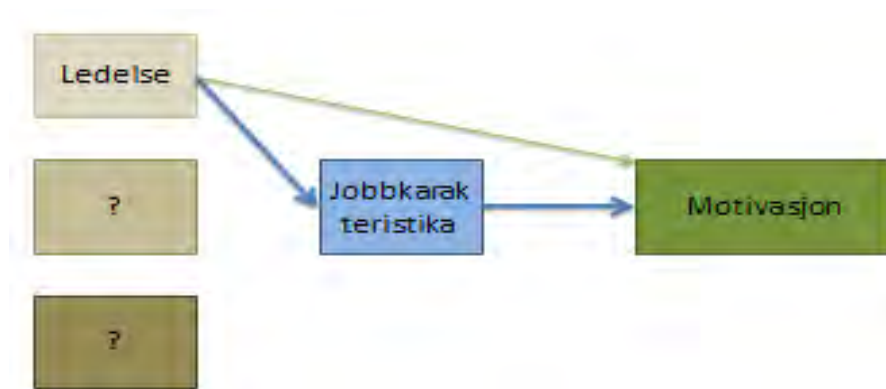
Temaet for utredningen legger opp til at jeg ønsker å undersøke hvilke faktorer i arbeidet til sykehusansatte som virker motiverende og demotiverende. Videre er det ønskelig å ha et særlig fokus på i hvilken grad nærmeste leder, direkte eller indirekte, påvirker den ansattes motivasjon. På bakgrunn av dette blir problemstillingen i denne utredningen:

Hva motiverer og demotiverer sykepleiere og leger i norske sykehus? Og hvilken mulighet har nærmeste personalansvarlige leder til, direkte eller indirekte, å påvirke denne motivasjonen?

1.4.2 Analysemodell

Analysemodell er en abstrakt forenkling og en visuell framstilling av de variablene som inngår i forskningsspørsmålet. Analysemodellen er et viktig verktøy for å få klarhet i hvordan man antar at ulike variabler har påvirkning på hverandre. I denne studien er motivasjon satt som den avhengige variabelen. Videre er ledelse antatt å være en uavhengig variabel, sammen med flere spørsmålsteget som kan representere andre uavhengige variabler. Som

det ble beskrevet over, antas det at ledelse både direkte og indirekte kan ha en effekt på ansattes motivasjon (Sandvik 2011, Hillestad 2000, Haukedal i Einarsen og Skogstad (red) 2007). Den indirekte effekten må da gå via en form for mellomliggende variabel. Etter å ha studert flere ulike motivasjonsteorier og fått en oversikt over en del av den forskningen som er gjort rundt kunnskapsarbeidere (Lines et al. 2011, Lines 2011(2), Hillestad 2000, Christensen og Foss 2011), antas det at faktorer rundt jobbkarakteristika kan passe godt inn som en slik mellomliggende variabel. Som det blir utledet i del 3.2 om kunnskapsarbeidere har blant annet Morgeson og Humphrey (2006) gjennom sin studie utarbeidet flere kunnskapskarakteristika ved kunnskapsarbeidet. En sentral teori med høy grad av samsvar til disse karakteristikaene, er jobbkarakteristikamodellen til Hackman og Oldham (Hackman og Oldham 1980). Dette gir følgende analysemodell:



Figur 1: Analysemodell

Modellen over legger til grunn at man forventer å finne flere variabler som har påvirkning på motivasjon, enten direkte eller indirekte, eller på begge måter. Det er for øvrig viktig å presisere at antallet spørsmålstegn er tilfeldig satt i modellen. Bakgrunnen for linkene i modellen blir grundigere gjennomgått i del 3.6.

1.5 Formål

Utredningens hovedformål er å fremskaffe et klarere bilde av hva som motiverer leger og sykepleiere som to sentrale grupper av ansatte i vårt helsevesen. Videre vil det være et sentralt formål å sette søkelys på hvilken rolle lederen spiller for disse kunnskapsarbeiderne sin motivasjon. Til sist er det ønskelig at oppgaven skal bygge opp under, og kunne komme med noen konstruktive bidrag til, den premature, men økende forskningen innen for temaet motivasjon av kunnskapsarbeidere. Funnene i denne utredningen og annen forskning rundt samme tema, vil kunne gi svar på hvordan man via ledelse og annen tilrettelegging vil kunne få mer motiverte ansatte i helsevesenet.

1.6 Litteraturgjennomgang

I denne utredningen legges det til grunn en induktiv tilnærming innenfor en deduktiv ramme. Dette gjør det sentralt å ha god oversikt over temaet, likeledes om det er behandlet i tidligere forskning (Saunders et al. 2009). Under blir det derfor kort redegjort for hvilke metoder som er benyttet for å søke etter gjeldende forskningslitteratur innenfor utredningens tema. Forskningsspørsmålet i denne utredningen krever innsikt i flere store teoretiske felter, med motivasjonsteori og ledelsesteori som de to største. Disse teorifeltene er sett i sammenheng med gruppen arbeidere man her ønsker å forske på - disse er overordnet kunnskapsarbeidere og underordnet helsearbeidere. Det var derfor sentralt å lete etter eksisterende teori om motivasjon og ledelse av kunnskapsarbeidere og helsearbeidere. Via biblioteket på NHH sine nettsider, og BIBSYS, NORA, Bora-NHH og Cristin er det etablert tilgang til det meste av den publiserte nasjonale og internasjonale forskningen som er tilgjengelig fra norske utdanningsinstitusjoner. I tillegg er Google Scholar brukt som primærsøkemotor for øvrig. Følgende ord er brukt for å søke etter relevant litteratur som kan knyttes til det valgte tema: *kunnskapsarbeid, kunnskapsarbeidere, kunnskapsmedarbeidere, kunnskapsledelse, knowlegde work, knowledge workers, knowledge management, helsearbeid, helse, helsetjeneste, motivasjon, motivere, motivation, motivational, ledelse, leadership, jobbkarakteristika, jobbkarateristikamodellen, jobbdesign, job design, JCT og Job charateristics (model).*

Som listen over antyder er det potensielle teoretiske omfanget rundt utredningens tema enormt, noe som også har vært en stor utfordring. Utfordringen ligger primært i det å skille ut relevant litteratur fra mindre relevant litteratur. Mye teori kan i utgangspunktet virke relevant, men trenger etter nøyere ettersyn ikke være det likevel. Det er derfor sentralt med et kritisk blikk på den litteraturen man velger å benytte for å sette seg inn i temaet og tidligere forskning (Saunders et al. 2009).

Til hjelp i denne prosessen har publiseringen, ledet an av Professor Rune Lines ved NHH, av en serie sentrale artikler rundt temaet gjennom tidsskriftet *Magma* (3/2011). I tillegg er det skrevet og publisert noe relevant litteratur av norske og danske forskere som jobber med dette temaet i dag. Innholdet i denne litteraturen og deres kilder har gjort litteraturgjennomgangen langt mer håndterlig.

Innenfor feltet ledelsesteori og motivasjonsteori har det vært fokusert på å ta utgangspunkt i større studier som gjennomgår de ulike sentrale teoriene, og diskuterer deres plassering i dagens kunnskapsorganisasjoner. Eksempler på dette er Latham og Pinder (2005) og Ambrose og Kulik (1999) innenfor feltet motivasjon, Houghton og Yoho (2005), og Sandvik (2011) innenfor feltet ledelse.

1.7 Metodisk tilnærming

Et viktig spørsmål er hvilke data som trengs for å besvare problemstillingen. I denne utredningen er det lagt til grunn en induktiv, eksplorerende og kvalitativ tilnærming. Problemstillingen reiser spørsmål som gjør det naturlig å legge til grunn en kvalitativ tilnærming. Mest av alt fordi man ønsker å finne ut hvordan man motiveres eller demotiveres, og ikke i hvor stor grad man er motivert eller demotivert. Det vil si man antar at funnene er lite kvantifiserbare. Dette underbygger også det ontologiske perspektivet, siden problemstillingen reiser spørsmål knyttet til komplekse fenomener (Saunders et al. 2009). Kvalitative intervjuer muliggjør at man kan gå i dybden og fange opp nyanser rundt fenomenet (Johannessen et al. 2004). Den induktive tilnærmingen begrunnes med at det finnes lite velfundert teori rundt spørsmålet problemstillingen reiser (Saunders et al. 2009). Den induktive tilnærmingen er likevel innenfor et deduktivt rammeverk, noe som blant annet forklarer analysemodellens fremstilling og den brede tilnærmingen i teoridelen av

oppgaven. Eksplorerende tilnærming blir benyttet når man søker å finne ny innsikt i et fenomen (Saunders et al. 2009) I denne utredningen står dette sentralt. En fylldigere utledning om dette blir gitt i metodedelen av utredningen.

1.8 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til å gjelde leger og sykepleiere i gruppen av helsearbeidere. Man kunne nok inkludert både flere og færre grupper i studien. Utfordringen dersom man hadde inkludert flere, er om alle da kunne regnes som kunnskapsarbeidere. Dersom man kun hadde hatt en gruppe, enten leger eller sykepleiere, ville man miste bredden, og kunne da like gjerne gått helt vekk fra begrepet helsearbeidere. Respondentene er heller ikke delt inn på andre måter, dette er også gjort av avgrensningshensyn. Videre er studien avgrenset ved at man kun innhenter data fra underordnede, og at resultatene fra disse ansatte ikke blir speilet eller diskutert opp mot deres ledere. Et design av denne typen kunne nok vært ønskelig, men det er også meget omfattende. I ettertid ser man nok også at et slikt oppsett ikke ville vært mulig å gjennomføre i praksis på grunn av den kompliserte ledelses- og avdelingsstrukturen ved universitetssykehuset. Videre er det en klar avgrensning at man ikke har til hensikt å avdekke hvor motiverte, eller demotiverte, respondentene er, men hva som fører til disse tilstandene.

1.9 Struktur og oppbygging

Strukturen i oppgaven er bygd opp ved hjelp av ni deler.

I den delen det leses i akkurat nå, skal man få en innledning til utredningen. Her blir det gitt et kort innblikk i alle de sentrale momentene. Leser man denne og konklusjonen skal man kunne si en del om hva det søkes å besvare, og likeledes svarene på disse spørsmålene.

Del to er en kort presentasjon av universitetssykehuset som er casebedriften i utredningen. Bakgrunnen er å gi leser et inntrykk av hvilken organisasjon studien er gjennomført ved.

Del tre er teoridelen av utredningen. Denne delen definerer og utleder begrepene kunnskapsarbeider og helsearbeider, videre gis det en bred innsikt i de sentrale eksisterende teoriene innenfor hvert av de to store teorifeltene, og videre at det blir gitt en teoretisk begrunnelse for den analysemodellen som er valgt.

Del fire er metodedelen, denne gir en grundig innføring i hvordan data er samlet inn og analysert. I tillegg blir momenter rundt dataenes kvalitet drøftet, samt hvilke etiske betraktninger som er gjort gjennom hele forskningsprosessen.

Del fem legger frem en systematisk gjennomgang av funnene som ble gjort under datainnsamlingen. Her blir også analyseprosessen gjennomgått steg for steg etter hvert som resultatene blir presentert.

Del seks er diskusjonsdelen av utredningen. Her blir funnene samlet i hovedkategorier som kom ut av grounded theory analysen. Denne systematiske fremstillingen av data blir deretter diskutert opp mot antakelsene i analysemodellen og den eksisterende litteraturen som er presentert.

Del syv konkluderer med en konkret besvarelse av forskningsspørsmålet, samt at sentrale momenter som er avdekket i studien blir løftet frem og satt fokus på.

Del åtte og ni kommer med tanker rundt veien videre innenfor forskning av dette temaet, og til slutt noen betraktninger rundt denne studiens begrensninger.

2.0 Casebedrift - Universitetssykehuset

Datainnsamlingen i denne utredningen er foretatt ved et universitetssykehus i Norge. Dette sykehuset fremstår som en massiv organisasjon med et stort antall ansatte. Sykehuset innehar de fleste funksjoner som tilbys innenfor vårt spesialisthelsetvesen. Dette innbefatter både akutte og ikke-akutte funksjoner. Spredningen i hvilke funksjoner som tilbys er stor. Dette medfører også at arbeidsoppgavene fra en avdeling til en annen kan variere, og sammensetningen av ulike typer ansatte på samme måte. Sykehuset har alle typer av helsearbeidere som ansatte. Kunnskaps- og erfaringsmessig står man derfor ovenfor en relativt heterogen gruppe. I det ene ytterpunkt, professorer med faglig inngående innsikt i sitt fagfelt, flere med anerkjente forskningsmessige internasjonale gjennombrudd, og erfaring gjennom flere titalls år. I det andre ytterpunkt den nyansatte vikaren uten helsefaglig bakgrunn, men som kanskje vurderer å begynne på medisinstudiet.

Det at sykehuset også er et universitetssykehus har innvirkning på hva og hvem de ansatte er. Først av alt medfører dette at det drives forskning, dette arbeidet står gjerne utenom den kliniske behandlingen. Videre betyr dette at mange ansatte er under utdanning mens de jobber. Dette gjelder for eksempel både leger og sykepleiere, noe som videre impliserer at det settes av tid i og utenom behandlingen til å undervise disse. For organisasjonens del medfører dette at man har et fokus utenom den konkrete pasientbehandlingen som det må tilrettelegges for.

Av hensyn til respondentene og organisasjonen er det valgt å anonymisere sykehusets navn og alle kjennetegn ved respondentene som har deltatt, bortsett fra deres yrkesstatus.

3.0 Teori

3.1 Helsearbeid og helsearbeideren

Norsk helsetjeneste kan primært deles inn i to hovedområder. Disse er primærhelsetjenesten som kommunene er ansvarlig for, og spesialisthelsetjenesten som staten gjennom de regionale foretakene er ansvarlig for. Utover disse to kan den offentlige tannhelsetjenesten også nevnes, denne tjenesten ligger fremdeles innenfor fylkeskommunene sitt ansvarsområde. Innenfor de fleste av de overnevnte områdene finnes det i tillegg til det offentlige tilbudet også private tilbydere av like eller lignende tjenester. Helsearbeid i Norge foregår altså på flere områder, fra små private enkeltmannsforetak til store foretak med over 20.000 ansatte (oslo-universitetssykehus.no). Hver enkelt av disse helsearbeiderne utfører helsearbeid gjennom å yte helsehjelp med den kompetansen de besitter.

Helsepersonell er i følge *helsepersonelloven* alle som yter helsehjelp i helsetjenesten eller apotek (helsetilsynet.no). De fleste av disse er tildelt lisens eller autorisasjon fra overordnet myndighet. Det finnes en lang rekke kategorier av helsepersonell, men de største, og for mange de mest vanlige, er leger (40.000), sykepleiere (145.000) og hjelpepleiere (115.000). Antall helsepersonell i Norge er stigende, og totalt er det i dag vel 417.000 helsepersonell med lisens eller autorisasjon, med sykepleierne som den største gruppen (helsetilsynet.no).

I denne utredningen vil fokuset rettes mot leger og sykepleiere. Dette er to profesjoner som har en lang og betydningsfull historie både i Norge og internasjonalt. Den lange historien ser vi blant annet gjennom kravet om at leger tidligere måtte sverge på hippokrates'ed før man starter sitt yrke som lege (legeforeningen.no). Både denne handlingen, og den øvrige bekjentgjøringen og etterlevelsen av både sykepleiernes og legenes etiske retningslinjer, antyder en form for guddommelig tilnærming til utøvelse av yrket. Både sykepleieren og legen skal vise forståelse, respekt, verdighet og omtanke overfor pasienter, pårørende og kollegaer. De skal være faglig sterke og oppdaterte, helbrede og kun bruke godt fundamentert medisinsk vitenskap i behandling og pleie. Videre skal man bidra til å utvikle og formidle den medisinske vitenskapen, og delta aktivt i debatten når endringer eller korrigeringer i gjeldende helsepolitikk skal utformes (sykepleierforbundet.no og legeforeningen.no).

For mange blir det tydelig at det å være helsearbeider krever noe utover det å være en ansatt med en gitt stillingsbeskrivelse. Som helsearbeider møter man andre mennesker som ofte er i en vanskelig situasjon, og mange er ute av stand til å ta vare på seg selv. Denne situasjonen krever at helsearbeideren overtar en del av ansvaret som pasienten ikke er i stand til å ta selv. Fra helsearbeiderens side krever dette en unik vurdering av hver enkelt pasient og dennes behov. For mange mennesker vil dette være veldig krevende, og for noen umulig. Denne forventningen til helsearbeideren gjør at det er noen som er spesielt godt egnet til å være helsearbeidere, disse har etter manges mening et *iboende kall* etter det å gi helsehjelp til mennesker som trenger det (Hvalvik 2004).

Selv om både leger og sykepleiere går under definisjonen helsearbeidere er der noen tydelige skillelinjer knyttet til ansvaret og det diagnostiske arbeidet rundt pasienten i sykehus. Legene er diagnostikere - de skal bruke den medisinskfaglige kompetansen de har tillagt seg gjennom studier og erfaringer til å stille en diagnose med grunnlag i den til enhver tid tilgjengelige informasjon om pasienten. Diagnosen, eller den medisinske indikasjonen, skal ligge til grunn for en eventuell medisinsk behandling. Dette er ofte en kompleks prosess som krever overordnet oversikt over det medisinske fagfeltet og de diagnostiske hjelpemidlene som er tilgjengelig. Som en følge av at legen er den medisinske overordnede, har legen også det medisinske ansvaret for pasienten. Dette kommer tydelig frem gjennom HPL (Helsepersonelloven) § 4: *Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.* (lovdata.no)

Sykepleiere er behandlere i den forstand at de skal iverksette den behandlingen legen har anbefalt. Sykepleierne skal bruke sin faglige kompetanse til å iverksette behandlingsanbefalingen fra legen på riktig måte. Dette krever inngående innsikt i hva som skal gjøres, og hvordan det skal gjøres. Sykepleieren har et ansvar for at dette blir gjort i henhold til det legen har besluttet. Videre har sykepleieren et ansvar for å observere pasienten, og melde fra om endringer som kan være av medisinsk betydning. Utover det medisinske har sykepleieren ansvar for å ta vare på pasienten. I dette inngår å hjelpe pasienten ved behov, og å vise omsorg. Sentralt er det nemlig at sykepleierne ofte har høyere grad av kontakt med hver enkelt pasient, enn legene i sykehus. Gjennom denne pasientkontakten hviler det et stort ansvar for pasienten.

3.2 Kunnskapsarbeid og kunnskapsarbeideren

De siste tiårene har det foregått en endring i fokuset rundt arbeid og arbeidere i organisasjons- og ledelsesteorien. Det økende fokuset på kunnskap som en bedrifts kritiske suksessfaktor, har børstet støvet av noen viktige begreper, nemlig kunnskapsarbeid og kunnskapsarbeideren. Allerede tilbake i 1957 introduserte Peter Drucker begrepet kunnskapsarbeider i sin bok *The Landmarks of Tomorrow*. Drucker sitt utgangspunkt var en bekymring rundt hvordan man skulle håndtere denne nye arbeideren: «Knowledge worker» (Drucker 1957). Han mente at dagens ledelsesteorier ikke var tilpasset kunnskapsarbeidere, og at det ville være behov for nytenkning rundt ledelse av disse menneskene (Drucker 1957). Introduksjonen av Drucker sine tanker på 50-tallet skapte et skifte i organisasjonsforskningen, et skifte med ideer og tanker som fremdeles fungerer som fundament i organisasjonsforskningen i dag (Bogdan 2008). Det er skrevet mye rundt begrepene kunnskapsarbeid, kunnskapsintensive organisasjoner, kunnskapsmedarbeidere, kunnskapsarbeidere, osv. Mangfoldet av begreper har medført at man enda ikke har klart å komme til enighet om en felles definisjon av kunnskapsarbeid og kunnskapsarbeideren (Sandvik 2011). En slik forvirring har vanskeliggjort forskningen rundt begrepene med bakgrunn i at det ikke skapes forskning i stor nok skala med samme utgangspunkt (Sandvik 2011).

Morgeson og Humphrey (2006) gjennomførte en større studie der det ble utarbeidet fem kunnskapskarakteristika ved kunnskapsarbeidet som de definerer kunnskapsarbeid ut i fra. Karakteristikaene var autonomi (følelsen av valgfrihet og uavhengighet i arbeidet), jobbkompleksitet (arbeidsoppgavenes vanskelighetsgrad), informasjonsprosessering (grad av kognitiv bearbeidelse i arbeidet), problemløsning (krav om nye ideer og løsninger) og mangfold av ferdigheter (krav om beherskelse av flere ferdigheter). Antallet og graden av disse karakteristikaene i et arbeid avgjør i hvilken grad de som presterer å utføre arbeidet er kunnskapsarbeidere eller ikke.

I denne utredningen ønsker vi å ha fokus på motivasjon hos den enkelte kunnskapsarbeider. Med dette som utgangspunkt er det naturlig å forholde seg til begrepet *kunnskapsarbeider*, siden det er hos den individuelle kunnskapsarbeider motivasjonen virker. Det er derfor antatt at en slik tilnærming vil forenkle begrepsproblematikken.

Helt siden Drucker satte fokus på kunnskapsarbeideren har mange bidratt med å forsøke å definere hvem denne arbeideren er, og hva som kjennetegner han/henne. I fortsettelsen vil det bli forsøkt å trekke frem hovedlinjene rundt det man vet så langt.

Det er nokså klart for de fleste at det å kunne kalle seg kunnskapsarbeider krever overordnet kunnskap om, eller kjennskap til, en eller flere arbeidsprosesser. Denne kunnskapen kan tilegnes gjennom høyere studier eller erfaring. Kunnskapen kunnskapsarbeideren besitter er personlig og individuell (Nordhaug 2002), i tillegg er den mobil. For bedriften betyr dette at kunnskapen vandrer ut av døren når dagen er ferdig og kommer tilbake dagen etter. Velger de å ikke komme tilbake tar de med seg kritiske ressurser og kompetanse ut av organisasjonen (Hillestad 2000). Kunnskapsarbeideren er ofte *bevisst* på denne realiteten og har derav en oppfatning om at de har *mer makt* over arbeidsgiveren (Lines 2011)(2). Denne oppfatningen kommer av det eierskapet man har til den kunnskapen man besitter, ofte har også kunnskapsarbeideren stor grad av *taus kunnskap*. Slik kunnskap kjennetegnes ved at deling alltid skjer på den enkelte ansattes premisser, og man kan ikke tvinges til deling, noe som gir kunnskapsarbeideren mer makt (Lines 2011)(2). Dette justerte avhengighetsforholdet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, har bidratt til opphavet av begrepet *primadonnaer*, som også er en beskrivelse av samme type arbeidere (Christensen og Foss 2011). Primadonnaer er kloke, kreative og initiativrige (Hein 2008), men de er også ledelsesresistente og ikke alltid like samarbeidsvillige (Christensen og Foss 2011). Helle Hein har lenge forsket på primadonnaer og beskriver i stor grad dette endrede avhengighetsforholdet mellom arbeider og organisasjonen. Blant annet beskrives primadonnaene som hysteriske, urimelige og barnslige når de ikke får viljen sin (Hein 2008). Likevel viser det seg at dette avhengighetsforholdet ofte er mer balansert enn hva man kan få inntrykk av. Kunnskapsarbeideren er også ofte avhengig av bedriften. I mange tilfeller har kunnskapsarbeideren skapt en uformell posisjon innenfor bedriften, og mye av den tause kunnskapen er knyttet direkte mot konkrete arbeidsoppgaver internt i bedriften, altså *bedriftsspesifikk kunnskap*. I tillegg antas det at kunnskapsarbeideren har et sterkt behov for å samarbeide og lære av andre kunnskapsarbeidere fra samme profesjon (Lines et al. 2011). Dette kan medføre at det å slutte vil kunne resultere i at prestasjonsnivået reduseres betydelig (ibid).

Kunnskapsarbeidere kjennetegnes gjerne ved at de har sterk tilknytning til profesjoner, profesjonsverdier og profesjonsnormer, og gjerne sterkere tilknytning til disse enn organisasjonen for øvrig (ibid).

I denne utredningen defineres kunnskapsarbeidere etter følgende definisjon:

Kunnskapsarbeidere har høy grad av ekspertise, utdanning eller erfaring, og hoveddelen av jobben deres består i å skape, distribuere og anvende kunnskap (Davenport 2005, fritt oversatt).

Selv om definisjonene av kunnskapsarbeidere spriker i noen grad, ligger definisjonen som velges i denne utredningen innenfor det mange ser på som sentralt med disse arbeiderene.

Kunnskapsarbeidernes verdiskapning kan fremstilles på denne måten: Verdiskapningsnivå = Evne x Motivasjon. Denne fremstillingen impliserer at verdiskapningen kan påvirkes enten ved å øke evnene eller motivasjonen, eller begge (Lines et al. 2011).

3.3 Helsearbeideren som kunnskapsarbeider

I denne utredningen er det tatt utgangspunkt i to ulike profesjoner, nemlig leger og sykepleiere. Disse er tidligere definert som helsearbeidere, men hva er det som gjør disse to gruppene av helsearbeidere til kunnskapsarbeider?

Hvem som inngår under definisjonen kunnskapsarbeidere avhenger nok av flere ting, blant annet nettopp av hvordan man velger å definere begrepet. I denne utredningen defineres helsearbeiderne, leger og sykepleiere i sykehus, som kunnskapsarbeidere på bakgrunn av at begge grupper har høyere utdanning fra universitet eller høyskole, at de jobber med spesialiserte og avanserte oppgaver i sykehus, at begge grupper er medlemmer av til dels sterke profesjoner, og at de har høy kompetanse og ferdighet innenfor sitt fagfelt, som er personlig, og som de selv råder over.

3.4 Ledelse

Ledelse er noe de fleste i en eller annen form har et forhold til. Noen opplever ledelse daglig gjennom arbeid, i fritidsaktiviteter, eller i hjemmet. Hva ulike mennesker forbinder med ledelse er nok nokså forskjellig. Noen har kanskje aldri hatt en formell leder å forholde seg til, andre er stadig omgitt av uformelle ledere som ønsker å ha innvirkning. På bakgrunn av at vi har en så ulik tilnærming til hva ledelse er og hva en leder gjør, eller bør gjøre, er det naturlig at ledelse som begrep kan være litt vanskelig å angripe. Det er vel få begreper det er skrevet så mye rundt som lederskap og ledelse, likevel er det vanskelig med noen få setninger å si konkret hva det er, og hva det betyr i vårt samfunn. Resultatet er en lang rekke definisjoner. Felles for de fleste av disse definisjonene er fokuset på *innflytelse* og *måloppnåelse*. I denne utredningen er det ønskelig å ta utgangspunkt i en definisjon som ikke lukker for mange dører for hva ledelse betyr. Bakgrunnen er at ledelse av kunnskapsarbeidere foreløpig er et prematurt tema. Inntil videre konkluderer de fleste med at dette er et tema vi fremdeles vet for lite om (Lines et al. 2011). Før vi vet hvilken betydning ledelse har for kunnskapsarbeideren, og derav hvordan man bør lede kunnskapsarbeidere, anses det som fornuftig å beskrive ledelse ut fra en bred definisjon. I denne utredningen vil følgende definisjon benyttes:

*Leadership is the **process of influencing others to understand and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives*** (Yukl, Gary (2010), *Leadership in organizations*, side 26).

Denne definisjonen tar utgangspunkt i at ledelse er en prosess, hvor målet er, gjennom innflytelse, å skape en forståelse og en enighet rundt *hva som må gjøres*, og *hvordan* dette må gjøres. Og med det som utgangspunkt, *legge til rette for en prosess som underbygger individuell og kollektiv innsats for å nå felles mål*. Det er verdt å merke seg at definisjonen ikke legger noen begrensninger eller føringer på hvordan man skal skaffe seg innflytelse på aktørene, og heller ikke *hvordan* man skal tilrettelegge for å underbygge innsatsen for å nå de felles målene. Kaufmann og Kaufmann gir også i sin bok *Psykologi i organisasjon og ledelse* en beskrivelse av ledelse som tar utgangspunkt i to nøkkelord, nemlig *sosial innflytelse* og *målstyring*. Dette stemmer godt overens med det vi beskrev over. Utover dette beskrives det hvordan man skal få innflytelse og få andre til å jobbe mot felles mål. Dette skal gjøres ved hjelp av den myndighet man er gitt over gruppen på bakgrunn av sine

egenskaper og kompetanse (Kaufmann og Kaufmann 2003). Denne myndigheten skal brukes til å ta avgjørelser rundt de sentrale spørsmål innad i gruppen. I tillegg er man gitt mandat til å opptre og ta avgjørelser på gruppens vegne. Videre skal man motivere underordnede, og samordne og organisere arbeidet på en slik måte at organisasjonen når sine mål (ibid).

3.4.1 Sentrale ledelsesteorier knyttet til kunnskapsarbeid

Vi har nå fått på plass en definisjon og en grunnleggende forståelse for hva ledelse er, og hva det angår. Videre vil det bli fokusert på å beskrive de mest sentrale ledelsesteoriene om utøvelse av ledelse ovenfor kunnskapsarbeidere. I denne sammenheng er det viktig å presisere at forskningen enda ikke tydelig har definert noen eksakt teori knyttet til hvordan kunnskapsarbeidere bør ledes. Så langt kan det se ut som at konklusjonen kan bli vanskelig å trekke på dette feltet, noe som nettopp indikerer stor grad av fleksibilitet rundt valg av teorier. Med dette som grunnlag, og den presenterte analysemodellen, vil det i fortsettelsen presenteres flere sentrale ledelsesteorier. De fleste tar utgangspunkt i Manz og Sims (1991, 2001) sitt arbeid med utviklingen av en firefaktortypologi som består av fire forskjellige ledelsesteorier. De fire ulike ledelsesteoriene som inngår i typologien er direkte ledelse, transaksjonsledelse (Bass 1985), transformasjonsledelse (Bass 1985) og selvledelse (Manz 1986).

3.4.1.1 Direkte ledelse

Når en leder utøver direkte ledelse er det lite spillerom for den ansatte i forhold til hva som skal gjøres og hvordan. Lederen benytter den makt som er gitt gjennom for eksempel sin posisjon eller stilling til å instruere den underordnede i arbeidsoppgaven, likeledes hva som forventes av *måloppnåelse*. Direkte ledelse er koordinering og delegering av arbeidsoppgaver, med utgangspunkt i de målene man til enhver tid ønsker å nå (Sandvik 2011). Bruk av direkte ledelse kan være fornuftig hvor arbeidsoppgavene eller omgivelsene er ustrukturerte og/eller bærer preg av å være kaotiske. Det kan også være en konstruktiv tilnærming for å sette i gang en arbeidsprosess (ibid). Et traumemottak i et akuttmottak på sykehus kan være eksempel på en arbeidsprosess hvor direkte ledelse kan være en viktig lederstil. For det første kan et slikt mottak være nokså kaotisk, med mange mennesker som skal utføre en rekke oppgaver på kortest mulig tid og alle rettet mot en pasient. Videre foregår det en vurdering av hvilke tiltak som til enhver tid er viktig å prioritere. Leder av traumeteamet kan ved hjelp av koordinering og delegering av arbeidsoppgaver, legge til

rette for en mer strukturert og mindre kaotisk prosess, med det fokus å øke sannsynligheten for måloppnåelse, som i dette tilfellet er å redde pasientens liv.

3.4.1.2 Transaksjonsledelse

Transaksjonsledelse er et bytteforhold som etableres mellom leder og underordnet. Bass (1985) beskriver dette som en instrumentelt betinget transaksjon mellom leder og medarbeider. Grunnlaget for hva som inngår i bytteforholdet avklares gjennom hvilke rammer lederen er gitt i sin stilling, og hva den enkelte ansatte oppfatter som belønning. Lederens utfordring er derfor å skape og avklare belønningsformer som den underordnede oppfatter som rettferdige og attraktive (Kaufmann og Kaufmann 2003). Når det som inngår i denne transaksjonen er avklart, handler transaksjonsledelse om å stimulere til måloppnåelse ved aktiv bruk av belønningene. Utover dette bryter lederen aktivt inn kun dersom det oppstår avvik, det vil si dersom ting ikke går som planlagt rundt den underordnede utførelse av arbeidet (Jacobsen og Thorsvik 2005). På et sykehus er det ofte mange oppgaver som kan være av mindre interesse enn andre oppgaver, mens det også er oppgaver som mange ønsker å utføre. Hvem som gjør hva kan være opp til lederen å avgjøre. Med dette som utgangspunkt kan lederen bruke de attraktive oppgavene som belønning for utførelse av mindre attraktive oppgaver. Dette kan være et eksempel på en type transaksjon mellom leder og underordnet som kan gi grunnlag for å benytte transaksjonsledelse.

3.4.1.3 Transformasjonsledelse

Bass (1985) videreførte begrepet transformasjonsledelse etter James McGregor Burns først beskrev det i sin bestselgende bok om politisk lederskap fra 1978. I denne boken trakk han en motsettende linje til den transaksjonsorienterte lederstilen. Han argumenterte for at transformasjonsledelse appellerer til medarbeideres moralske verdier i et forsøk på å øke deres bevissthet om etiske forhold, og å mobilisere medarbeidernes energi og ressurser for å forandre på de organisasjonene de er en del av (Yukl 2010). For det første endrer og motiverer lederen medarbeiderne ved å gjøre dem mer bevisst på konsekvensene av arbeidsoppgaver. For det andre få dem til å gå utover egen interesse for fellesskapets skyld. For det tredje motiverer lederen medarbeiderne gjennom å aktivere deres behov for personlig utvikling og selvrealisering (Bass 1985). For å oppnå dette kommuniserer lederen en visjon om en attraktiv fremtid for alle som deler målet om visjonen. Dette gjøres på en karismatisk måte som utløser følelsesmessige og emosjonelle responser blant de

underordnede (Sandvik 2011). Følelsene man appellerer til skal stimulere til et ønske om å nå visjonen. Den karismatiske fremtoningen binder et sterkt ledd mellom denne lederstilen og andre karismatiske lederstiler. I sykehussammenheng vil en slik karismatisk leder kunne vektlegge fokus på visjoner om å gi behandling til alle syke og svake mennesker. På denne måten appellerer lederen til emosjoner hos den underordnede helsearbeider, knyttet til deres fundamentale tanker og ideer om alltid å hjelpe de som trenger det, slik dette er beskrevet tidligere i både legenes og sykepleiernes etiske retningslinjer.

3.4.1.4 Selvledelse

Selvledelse eller «*self-leadership*» (Manz 1986) er en ledelsesteori som har fått tildelt flere ulike navn, mens ideene og tankene bak de ulike navnene er teorier som er nokså like hverandre (Busch (2011) i Irgens og Wennes (red.)). Eksempel på slike navn er *Myndiggjørende ledelse* (Vecchio et al. 2010) og *Superledelse* (Manz og Sims 2001). Selvledelse er beskrevet som en prosess hvor underordnede får anledning til å kontrollere sin egen atferd og påvirke og lede seg selv (Busch (2011) i Irgens og Wennes (red.)). Dette medfører at ansatte må ta personlig ansvar for resultatet av sin arbeidsinnsats og overvåke egen fremdrift (Haukedal 2007 i Einarsen og Skogstad red.). Dette definerte handlingsrommet og ansvaret den enkelte underordnede får, er gitt av den overordnede myndiggjørende lederen (Sandvik 2011). Selvledelse er en kontrollert og dynamisk prosess som krever trening for den ansatte og lederen. For lederen krever det at man til enhver tid optimaliserer handlingsrommet den ansatte er gitt. Og for den ansatte krever det at man har en forståelse av handlingsrommet og det ansvaret lederen har gitt fra seg. Selvledelse er derfor ment å fungere best for langsiktige, kunnskapsintensive arbeidsmål (Sandvik 2011), og har vist seg å være effektiv overfor høyt kompetente ansatte, hvor man kan tilrettelegge for et effektivt gjensidig handlingsrom basert på tillit (Houghton og Yoho 2005). Eksempel på dette kan man i sykehus observere i forholdet mellom overleger og assistentleger, hvor overlegen gradvis gir assistentlegen økt ansvar for eget arbeid og måten å gjennomføre dette på. Når dette gjøres riktig, og på begges premisser, vil assistentlegen omsider kunne søke på stilling som overlege.

3.4.2 Verdibasert ledelse – et mulig konstruktivt mellomanliggende

Innledningsvis i denne teoribolken ble helsearbeidernes fokus på verdier beskrevet, og det faktum at de fleste helsearbeidere har iboende verdier som de enten bærer med seg, eller

som blir adoptert gjennom deres profesjonstilnærming. Verdiledelse er ledelse gjennom verdier (Aadland 2004). Lederen styrer etter verdier som er integrert og internalisert i organisasjonen, og må vises igjen gjennom lederens handling og holdninger. Verdiene vil være sentrale for organisasjonen og dens ansatte. I motsetning til sterk regelstyring og kontroll, legger verdiledelse vekt på personlig ansvar, frihet og fleksibilitet. Dette skal igjen medføre økt selvkontroll, verdifokuserte holdninger, egenutfoldelse og lojalitet hos de ansatte (ibid). Høy konsistens mellom organisasjonens etterlevde verdier og visjoner, og de ansattes verdier vil medføre høyt motiverte ansatte, noe som tillegges stor vekt i teorien (ibid). Verdibasert ledelse knyttes ofte sterkt til helsearbeid og helsearbeidere på bakgrunn av deres sterke verdifokuserte fundament. Blant annet ser man dette igjen i atferdsteorier rundt helsearbeidere. Eksempel på dette er verdibasert profesjonsutøvelse, som legger til grunn at atferd i utøvelse av profesjonsfaget i sterk grad er verdiorientert (Irgens 2007).

3.4.3 Noen avklarende faktorer rundt ledelse

3.4.3.1 Formell og uformell ledelse

Man skiller gjerne mellom to ulike typer ledere og ledelse. Den første er den formelle lederen, der stillingen fremgår av et organisasjonskart hvor det medfølger et spesifisert myndighets- og ansvarsområde. Videre medfølger også lønn, tittel og arbeidsvilkår for denne lederen. En slik type ledelse går under det vi kaller formell ledelse (Kaufmann og Kaufmann 2003). En annen måte å bli leder på er å innta en uformell lederposisjon. Dette er personer som oppnår status som ledere i kollegiet uten noen formell legitimitet. Ofte oppstår slike roller som følge av at den formelle lederen ikke oppfyller lederrollen slik de underordnede ønsker. På bakgrunn av dette vokser det frem et behov for en uformell leder som kan utfylle lederskapet. Disse uformelle lederne er ofte personer med ønsket kompetanse og en vilje til å arbeide frivillig for kollegiet (ibid). For en formell leder kan slik uformelle lederroller enten være til stor hjelp, eller bli en stor byrde. Alt kommer an på om det er samsvar mellom de to lederne sine mål for kollegiet.

3.4.3.3 Direkte vs. Indirekte ledelse

Direkte ledelse er det man oftest forbinder med ledelse. Det er en overordneds direkte innflytelse på sine underordnede, og blir formidlet av lederen selv til nærmeste

underordnede (Yukl 2010). Indirekte ledelse er ledernes muligheter for å utøve innflytelse på underordnede uten å være i direkte kontakt med disse. Dette kan skje på mange ulike måter: Lederen kan endre utformingen på ulike programmer som ligger til grunn for hvordan organisasjonen drives, dette kan være i forbindelse med rekruttering eller lederutvikling i organisasjonen. Vedkommende kan også utøve innflytelse på bedriftens kultur ved selv å være et forbilde i henhold til bedriftens verdier og normer, og dermed påvirke hvor sterkt disse skal stå. For en leder impliserer dette at man må tenke på ledelse med en bredere tilnærming enn det enkelte ledelsesteorier legger opp til, nettopp fordi mye av det man foretar seg som leder kan inngå som en del av den indirekte ledelsen. Indirekte ledelse kan altså, på tross av manglende vektlegging i enkelte ledelsesteorier, inngå som en stor del av en leders mulighet til å utøve innflytelse på sine underordnede (ibid).

3.4.3.4 Administrasjon vs. Ledelse

Der man i det norske språket bruker begrepet ledelse synonymt med mange ulike roller som overordnet i en organisasjon, har man i for eksempel det engelske språket begreper som «leader», «manager», «administrator» og «supervisor» (Kaufmann og Kaufmann 2003). Det er grunnleggende forskjeller på det å administrere og det å lede. Administrasjon betegnes ved at man har ansvar for å iverksette planer, koordinere og tilse at regler og rutiner blir etterlevd. Ledelse derimot beskrives som en kontinuerlig prosess med å utvikle, utforme og formulere strategier, visjoner og planer som så skal settes ut i livet ved at de administreres. Deretter skal ledelsen analysere effekten, og videreutvikle strategiene slik at organisasjonen når sine mål. En som administrerer skal altså forholde seg til de reglene som er satt av ledelsen, mens en leder til enhver tid skal følge opp og gjøre endringer i disse reglene slik at organisasjonens drift optimaliseres (ibid).

En leder som undertolker sin rolle og kun administrerer kan få store konsekvenser for en organisasjon. Dette kan i verste fall bety at ingen gjør jobben i henhold til slik lederens rolle er beskrevet over, noe som kan medføre at virksomheten mister fokus på sine egne mål. Et annet utfall er overordnede som er satt til å administrere, men som overtolker denne rollen og blir ledere. Disse kan ende opp med å ta beslutninger utenfor sitt mandat, uten at disse er fundamentert i organisasjonens strategier, visjoner eller planer (ibid).

Det er likevel sentralt å presisere at samme person kan ha ansvar for både å lede og administrere, men at dette må forankres i vedkommende sitt mandat, og at man har de rette forutsetninger for å gjennomføre oppgavene en slik rolle omfatter (Yukl 2010). Det kan nok tenkes at det slurves en del med hvor tydelig dette er for enkelte overordnede og deres underordnede. Dersom det er uklarhet rundt dette er det forståelig at noen oppgaver står ugjort og at dette kan føre til frustrasjon blant de ansatte.

3.4.4 Ledelse av kunnskapsarbeidere – en ny situasjonsbestemt tilnærming?

De overstående ledelsesteoriene er av flere påpekt som mulige teorier som kan bidra til å utvikle en riktig tilnærming til ledelse av kunnskapsarbeidere, og i dette tilfellet helsearbeidere (Sims jr. et. al 2009, Houghton og Yoho 2005, Busch (2011) i Irgens og Wennes (red.), Haukedal (2007) i Einarsen og Skogstad (red.)). Sims og hans medforfattere (2009) gjorde sin studie ved å undersøke ulike lederstiler ved et akuttmottak. I sin konklusjon trekker de frem at de ulike lederstilene har sine fordeler og ulemper ut i fra hvilken situasjon de blir benyttet i. Likevel vektlegges det at transformasjonsledelse er særlig nyttig i situasjoner som krever høy ytelse, og at selvledelse vil kunne bidra til at underordnede utvikler sine ferdigheter (Sims jr. et. al 2009). Denne tilnærmingen deles også av Houghton og Yoho 2005, som trekker frem transformasjonsledelse og selvledelse som to ledelsesteorier som fokuserer på de ansattes kreativitet, kapabiliteter og informasjonsbearbeiding, som er sentrale faktorer for kunnskapsarbeider. To andre forskere fant sammenheng mellom motivasjon, kreativitet og selvledelse (Zhang og Bartol 2010). De samme forskerne foreslår transformasjonsledelse og selvledelse som effektive lederstiler overfor autonome arbeidere (ibid).

Hein (2008) trekker frem at ledelse av «primadonnaer» må være basert på begeistring, entusiasme, mot og generøsitet. Hillestad (2000) mener morgendagens leder av kunnskapsmedarbeidere må fokusere på det relasjonelle og emosjonelle, og på denne måten formidle mening og verdier gjennom delegering og stimulering av de ansatte. Leders tilnærming til ledelse via verdier omfatter en slik relasjonell tilknytning fordi man skal lede etter prinsipper som er i samsvar med de underordnedes og organisasjonens verdier. En slik tilnærming er utgangspunktet for verdibasert ledelse (Busch (2011) i Irgens og Wennes (red.)). Verdibasert ledelse er i stor grad assosiert med transformasjonsledelse og selvledelse, mye fordi de krever en unik involvering i den underordnedes verdier og en

forståelse av disse, denne utvekslingen av verdier skal istandsette den underordnede til å lede seg selv (Busch (2011) i Irgens og Wennes (red.)).

Bildet som krystalliserer seg over tenderer mot at det særlig er to av de fire ledelsesteoriene som best er tilpasset ledelse av kunnskapsarbeidere, nemlig transformasjonsledelse og selvledelse. Likevel er det sentralt å presisere at dette ikke utelukker de to andre ledelsesstilene, og at flere av disse stilene ofte kan brukes i kombinasjon (Houghton og Yoho 2005). Videre kan det virke som at større deler av den nyere litteraturen på dette området fokuserer på leders involvering i sine underordnede, og at det å få en dypere emosjonell og relasjonell tilknytning er sentralt. Det er sentralt at lederstilen tilrettelegger for at kunnskapsarbeideren får brukt den kunnskapen de besitter på en best mulig måte, noe som vil påvirke deres motivasjonsnivå.

3.5 Motivasjon

Motivasjon er på lik linje med ledelsesteorien, et stort teoretisk område, med enorme mengder litteratur. Med utgangspunkt i at det finnes lite forskningsbasert viten om hva som motiverer kunnskapsarbeidere (Lines et al. 2011), vil det være naturlig å kort presentere de sentrale teoriene og deres trekk i denne delen. Dette vil bidra til et bredt rammeverk i diskusjonen.

Begrepet motivasjon kommer fra det latinske ordet «movere» som betyr «å bevege» (Steers og Porter 1991). Psykologien definerer motivasjon som «psykologiske prosesser som igangsetter, regulerer og opprettholder atferd» (Haukedal 2005). Motivasjon skal altså skape bevegelse gjennom psykologiske prosesser hos den enkelte ansatte i organisasjonen, og da helst atferd som er i samsvar med organisasjonens mål. Dette gjør mulig motivasjon til det mest sentrale begrepet i adferdsvitenskapen (Haukedal 2005). En viktig avklaring er at motivasjon i seg selv ikke er et mål, men et middel som skal bidra til at man når bestemte mål (Christensen og Foss 2011). Dette impliserer at man ikke er garantert gode resultater bare man har motiverte ansatte, det avgjørende er at motivasjonen fungerer som et middel som underbygger atferd som er forenelig med organisasjonens mål.

Teorien skiller gjerne mellom det man kaller indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon er typisk motivasjonsfaktorer som ligger rundt selve arbeidet, og selve arbeidet kan på den måten sees på som noe man gjør for å oppnå en slik form for utenforliggende belønning (frynsegoder, bonus osv.) (Kaufmann og Kaufmann 2003). Indre motivasjon er relatert til selve arbeidet, og at det ligger motivasjonsfaktorer innenfor utførelsen av arbeidsoppgaven. Typiske eksempler på slike faktorer er mestringsfølelse - at man opplever mestring når man løser en oppgave, og tilbakemelding – at man får konkret tilbakemelding fra selve arbeidsoppgaven (ibid). Det eksisterer mye forskning på hvorvidt man bør legge til rette for indre eller ytre motivasjon, eller begge. Noe forskning viser at man yter mer når man blir motivert av ytre motivasjonsfaktorer, men at disse faktorene ikke virker inn på kvaliteten i arbeidet (Jenkins et. al 1998). Annen forskning antyder klart at fokusering på ytre motivasjonstiltak reduserer effekten av den indre motivasjonen (Deci et. al 1999). Sistnevnte funn bekreftes også i annen forskning, som finner en positiv relasjon mellom bonusmuligheter og ytre motivasjon, men negativ relasjon mellom bonus og indre motivasjon (Kuvaas 2003). Disse motsetningene i forskningen bekrefter at selv med tilgang

til en stor mengde forskning er det noen forhold det er vanskelig å konkludere rundt (Kaufmann og Kaufmann 2003). I teorigjennomgangen under vil man se at ulike teorier vektlegger ulikt fokus rundt hvorvidt motivasjon er drevet av ytre eller indre motivasjonsfaktorer, eller begge.

Motivasjonsteori skal gi oss kunnskap for å kunne forutsi, forstå og påvirke hva organisasjonen bør gjøre for å motivere sine ansatte, og lettere nå de målene som er satt (Latham og Pinder 2005).

3.5.1 Motivasjonsteorier

Det finnes flere ulike tilnærminger til inndeling av motivasjonsteorier. Under er det valgt å dele de i fire hovedkategorier, med det formål å skape en fornuftig oversikt over mangfoldet. Den siste kategorien er jobbkarakteristika. Innenfor denne kategorien blir Hackman og Oldhams teori grundig gjort rede for via jobbkarakteristikamodellen, siden denne teorien, som tidligere begrunnet, er et av de teoretiske fundamentene for den pre-strukturerte analysemodellen. Ellers deles teoriene inn i kategoriene *behovsteorier*, *kognitive teorier*, *sosiale teorier* og til slutt da *jobbkarateristika teorier* (Kaufmann og Kaufmann 2003).

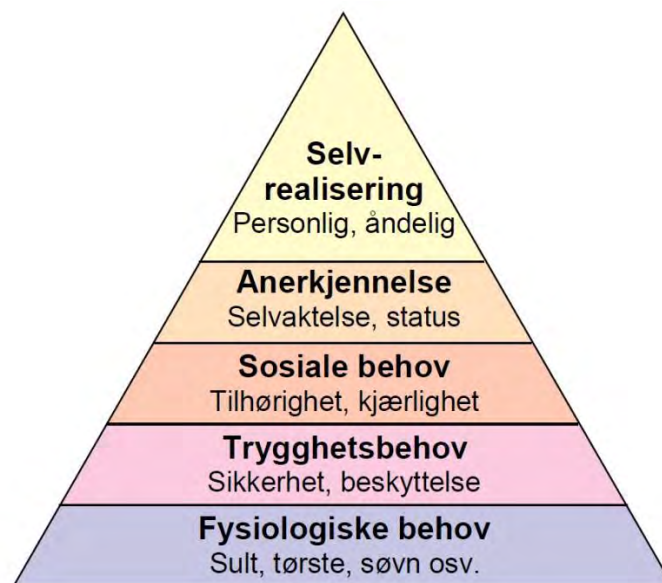
3.5.1.1 Behovsteorier

Behovsteoriene har sitt utgangspunkt i hedonismen, som legger til grunn en tanke om at vi mennesker drives av våre lyster. Lystene kommer til uttrykk gjennom behov som må dekkes for at man skal oppnå balanse (Haukedal 2005). Dette betyr at behovene har kapasitet til å iverksette, eller trigge atferd som skal dekke behovene (Steers og Porter 1991).

Maslows behovshierarki

Maslows teori bygger på en ide om at menneskelig atferd er påvirket av ulike behov. Han mente at alle mennesker var i besittelse av fem normale behov, som kunne rangeres fra laveste-basale behov til høyere-orden behov (Maslow 1968). Hierarkiet (figur 2) beskrevet gjennom pyramiden, viser hvordan Maslow mente at de laveste behovene, også kalt underskuddsbehovene, må tilfredsstilles før høyere-orden behovene, også kalt overskuddsbehovene, kan bli aktivisert (Kaufmann og Kaufmann 2003). Dette impliserer at det å legge til rette for høyere-ordens behov før man er sikker på at behovene lengre nede i

hierarkiet er tilfredsstillende, vil være til liten nytte. Mennesker vil til enhver tid søke å tilfredsstille de laveste behovene i pyramiden først (Maslow 1968).



Figur 2: Maslows behovshierarki

Kilde: Nasjonal Digital Læringsarena, Bjørn Norheim

Fysiologiske behov er de mest grunnleggende behovene og relateres til menneskers overlevelse og tilpasning (Maslow 1968). For en arbeidsgiver vil tilrettelegging for disse behovene for eksempel gjøres gjennom å gi arbeideren en minstelønn, noe som vil sette arbeideren i stand til å imøtekomme disse behovene (Kaufmann og Kaufmann 2003).

Trygghetsbehov referer til menneskers behov for sikkerhet, stabilitet, beskyttelse, og behov for struktur, lov og orden (Maslow 1968). I Norge skal dette blant annet dekkes gjennom justis- og forvarsmyndighetene. I organisasjonssammenheng er dette i stor grad knyttet til sikre arbeidsbetingelser, som blant annet blir ivaretatt gjennom god HMS-politikk. Forutsigbarhet i forhold til stillingstype inngår under dette behovet, og blir konkretisert gjennom bruk av korte vikariater i motsetning til faste stillinger for de ansatte (Steers og Porter 1991)

Sosiale behov er det høyeste nivået av det som blir beskrevet som underskuddsbehovene, og angår menneskers behov for tilhørighet til, og kjærlighet og aksept fra, andre mennesker.

Disse behovene kan tilfredsstilles via kjærlighet til en partner, eller gode relasjoner til venner og kollegaer (Kaufmann og Kaufmann 2003). I arbeidssammenheng kan disse behovene møtes ved å legge til rette for et godt arbeidsmiljø, med fokus på vennlighet, respekt og tilhørighet i kollegiet (Steers og Porter 1991).

Annerkjennelse inngår som det første behovet i overskuddsbehovene også kalt vekstmotiver (Kaufmann og Kaufmann 2003). Disse behovene omhandler individets behov for personlig vekst. Dette kommer til uttrykk gjennom ønsket om å utvikle økt selvrespekt, prestisje, status og at dette skal bli anerkjent av andre mennesker. I jobbsammenheng vil man få dekket disse behovene gjennom annerkjennelse blant kollegaer og ledere, blant annet via skryt eller positive tilbakemeldinger, som bekrefter at tilstedeværelsen utgjør en forskjell. Tildeling av høy-status-stillinger med titulering som bekrefter dette. Arbeidet i seg selv kan dekke disse behovene gjennom direkte feedback fra oppgaven som er utført, gjennom en følelse av mestring, oppnåelse og oppgavebeherskelse (Steers og Porter 1991).

Selvrealisering er de siste behov man søker tilfredsstillt, og angår behov for å kunne realisere sine potensialer, og løpende selvutvikling. Arbeiderens ønske om vekst og avansement ligger innenfor disse behovene. Medarbeidere kan få tilfredsstillt disse behovene gjennom utfordrende og relevante arbeidsoppgaver, mulighet og rom for kreativitet, og muligheten for å avansere i tildeling av oppgaver og stilling (Steers og Porter 1991).

Alderfers ERG-teori

Alderfers ERG-teori er en videreutvikling av Maslows teori. Den tar utgangspunkt i de manglene og svakhetene som er fremkommet rundt behovshierarkiet til Maslow (Kaufmann og Kaufmann 2003). ERG står for eksistens (Existence), Relasjon (Relatedness) og Vekst (Growth) (Alderfer 1972). Alderfer delte altså sine behov inn i tre kategorier, i motsetning til Maslows fem. Innholdet av behov er nokså likt det vi så beskrevet over, likevel er det enkelte ting som skiller seg. Blant annet skiller Alderfer tydeligere mellom kategoriene. Der eksistensbehovene skjer ved en fordeling av goder, kan man imøtekomme relasjonsbehovene ved å skape en vinn-vinn situasjon blant de som inngår i relasjonen. Videre tenker Alderfer at vekstbehovene vil variere i forhold til omgivelsenes karakter, dette medfører at man tilpasser seg situasjonen i forhold til hvordan man søker å få dekket disse behovene (Haukedal 2005). Den kanskje viktigste forskjellen mellom Maslow og Alderfer, er

sistnevntes tilnærming til hierarki av behov. Alderfer mener som Maslow, at det eksisterer et hierarki der eksistensbehovene kommer først, men at andre behov kan komme frem og bli søkt tilfredsstilt før alle lavere-ordens behov er tilfredsstilt (Steers og Porter 1991). Alderfers ERG-teori er med det mer nyansert og dynamisk både i innholdet, av og i relasjonen mellom behovene.

Samlende for begge de overnevnte behovsteoriene ligger menneskers *motivasjon for å imøtekomme egne behov*. Disse behovene danner grunnlaget for hvordan hver enkelt arbeider kan motiveres, nemlig gjennom tilrettelegging for å imøtekomme disse behovene.

3.5.1.2 Kognitive motivasjonsteorier

I motsetning til utgangspunktet for behovsteoriene, der det er de iboende behovene som legges til grunn for hva som motiverer til atferd, tar de kognitive teoriene utgangspunkt i det bevisste, rasjonelle og tenkende mennesket. Dette impliserer at mennesker motiveres av bevisste og rasjonelle valg.

Forventningsteori

Forventningsteori omhandler individets motivasjon rundt forventningen til det å oppnå de ønskede resultater av den jobben man gjør. Teorien beskriver at mennesker gjør en vurdering av hvor sannsynlig det er at innsatsen man legger inn fører til at man oppnår de ønskede resultater - *subjektiv forventning*. I tillegg fortar man en vurdering av hvorvidt innsatsen vil føre til belønning - *instrumentell vurdering*. Videre tar man en vurdering av hvilke verdi den aktuelle belønningen har for en selv - *valensvurdering* (Lewis et. al 1990). Summen av hver av disse bevisste forestillingene, multipliseres så med hverandre og utgjør den samlede motivasjonen for å utføre arbeidsoppgaven. Dette medfører at dersom en av de tre forestillingene har sum lik null, vil dette også medføre at samlet sum er lik null. Denne delen av teorien er kritisert av flere som nokså tvilsom. Likevel er teorien mye forsket på, og blitt populær blant annet fordi den lett kan konkretiseres (Kaufmann og Kaufmann 2003).

Målsettingsteori

Målsettingsteori ble første gang presentert av Edwin Locke i 1968, den er både anerkjent og velbrukt, og ble rangert som nummer én i vitenskapelig gyldighet og nummer to i praktisk

anvendbarhet blant femten motivasjonsteorier (Haukedal 2005). Hovedfokuset i målsettingsteori er målets betydning som motivasjonsfaktor. Målet er utgangspunktet for hva som må *gjøres*, og *grad av innsats* som må legges inn for å nå målet (Kaufmann og Kaufmann 2005). Det er noen sentrale prinsipper i denne teorien. Først av alt er *spesifikke mål* bedre enn generelle mål. Videre er det viktig med vanskelige mål, men ikke så vankelige at de ikke blir akseptert. Til slutt er det avgjørende med løpende og konkret tilbakemelding om hvordan man gjør det i forhold til målet (ibid). Utover disse prinsippene er det sentralt å sikre seg målforpliktelse hos arbeideren. Det vil si at arbeideren føler en forpliktelse til å nå målet som er satt. En annen sentral faktor er arbeiderens subjektive mestringsevne, dette vil si i hvilken grad arbeideren tror han skal nå målet som er satt. Slike vurderinger blir avgjørende når man skal ta stilling til målets omfang i tildelingen av oppgaver til de ansatte (Kaufmann og Kaufmann 2003).

3.5.1.3 Sosiale motivasjonsteorier

Sosiale motivasjonsteorier har et litt forskjellig fokus fra det som er beskrevet over. Der de overstående teoriene i stor grad forholder seg til individet og dets behov, selvrealisering og belønning, har de sosiale teoriene i større grad et fokus knyttet til de sosiale relasjonene som eksisterer rundt individet.

Rettferdighetsteori

Equity teori ble utviklet allerede på 60-tallet av Adams (Adams 1963). I følge teorien reagerer mennesker på situasjoner der man blir behandlet mer eller mindre urettferdig i forhold til andre det er naturlig å sammenligne seg med. En ubalanse skaper en spenning som motiverer til handling som retter seg mot urettferdigheten. På denne måten søker man å skape balanse. Dette kan for eksempel gjøres ved å øke eller begrense arbeidsinnsatsen, eller ved at man trekker seg ut av situasjoner hvor man opplever urettferdighet (inequity) (Ambrose og Kulik 1999). Et godt beskrivende eksempel på akkurat slik type atferd er den «vårlige tradisjonen» med streik i Norge. I media blir det av de streikende brukt setninger av typen «lønnsmessig ubalanse mellom grupper med samme utdanning», og «urettferdig fordeling av goder mellom sektorer». På bakgrunn av at man føler slik urettferdighet, motiveres man til atferd som skal gjenopprette balansen - i dette tilfellet streik.

Prosedyrerettferdighetsteori

En ny retning innenfor rettferdighetsteori er prosedyrerettferdighet. Denne kan sees på som en videreutvikling av rettferdighetsteorien. Mens rettferdighetsteori i utgangspunktet var fokusert mot rettferdighet i fordeling, har prosedyrerettferdighet fokus mot hvilken metode som blir benyttet i fordeling av byrder og goder, og i hvilken grad de ansatte opplever dette som rettferdig (Kaufmann og Kaufmann 2003). For å oppnå opplevelsen av prosedyrerettferdighet er det særlig to ting som er avgjørende. For det første er relasjonen mellom den som har den delegerende og fordelende myndighet, og den underordnede sentral. Den underordnede må få en følelse av å bli respektert og hørt. Dette kan oppnås ved å gi tilbakemeldinger til den ansatte, og ved å tilstrebe en inkluderende tilnærming til beslutningsprosesser (ibid). Den andre faktoren er god og konkret informasjon om prosessen frem mot en fordelingsbeslutning. Det avgjørende her er å gi den underordnede en tilfredsstillende forklaring på hvordan ting gjøres, og hvorfor utfallet blir som det blir. Oppnår man en slik forståelse og aksept hos den ansatte, vil dette føre til økt jobbmotivasjon (ibid). Dette impliserer at man kan oppnå prosedyrerettferdighet uten at det nødvendigvis eksisterer fordelingsrettferdighet, men at det da er formidlet informasjon til den underordnede som medfører aksept for dette utfallet.

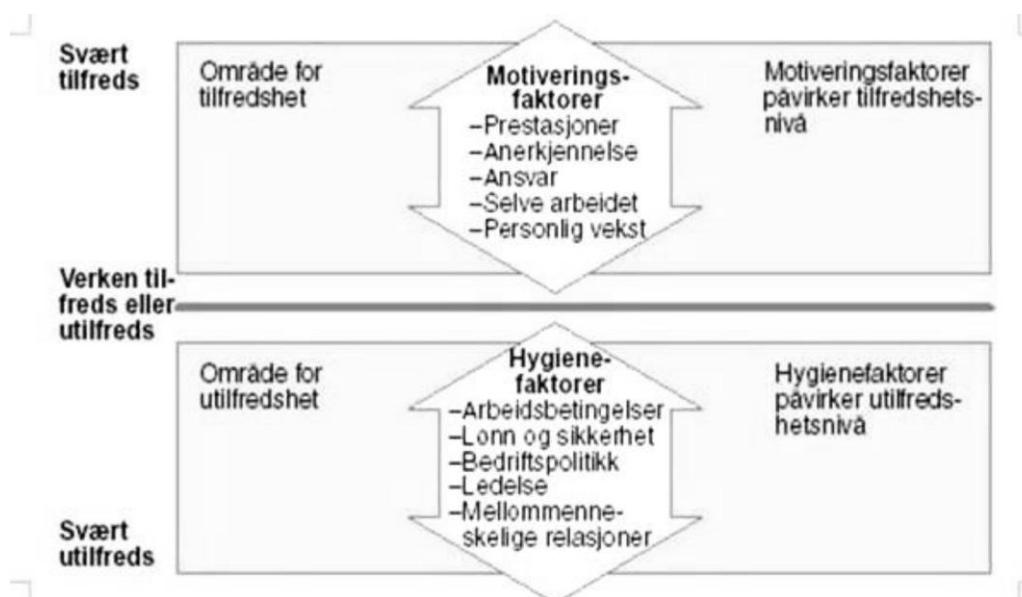
3.5.1.4 Jobbkarakteristikamodeller

Teorier knyttet til motivasjon via egenskaper ved selve jobben har siden midten av 50-tallet hatt en egen posisjon blant motivasjonsteoriene. Disse teoriene har som utgangspunkt at det er mulig å tilrettelegge for økt motivasjon via jobbdesign, og at man på denne måten kan fjerne demotiverende faktorer fra arbeidet, og legge til motiverende faktorer (Steers og Porter 1991).

Herzbergs tofaktorteori

Herzberg og hans kompanjonger utviklet i siste halvdel av 50-årene en teori som trosset det man til da oppfattet som sentralt innenfor egenskaper ved arbeidet (Kaufmann og Kaufmann 2003). Etter å ha intervjuet 203 respondenter (ingeniører og regnskapsførere) kunne de påvise at det var et skille mellom positive og negative forhold ved arbeidet, og deres påvirkning på holdninger (Adair 1990). Herzberg observerte at personer i studien gav en

beskrivelse av indre faktorer når de snakket om motivasjon i forhold til selve jobben (figur 3), disse valgte Herzberg å kalle motivasjonsfaktorer. Når Herzberg ba arbeiderne om å beskrive situasjoner som hadde ført til mistriksel på jobben, ble det i stor grad rapportert ytre faktorer i forhold til arbeidet, altså faktorer som ikke var relatert direkte til arbeidsoppgaven. Disse ble kalt hygiene faktorer (Herzberg et al. 1993). Dette impliserer at motivasjons- og hygiene faktorene opererer på ulike områder innenfor individets motivasjonsspektrum. Hygiene faktorene med sin tilstedeværelse kan påvirke utilfredshetsnivået, de vil altså kunne skape mistriksel om de ikke er tilstede, men vil ikke føre til trivsel om det er til stede. Motsatt er det for motivasjonsfaktorene, som kan påvirke tilfredshetsnivået, ved at de kan skape trivsel når de er til stede, men vil ikke kunne føre til mistriksel med sitt fravær (Steers og Porter 1991). Det er en tilsynelatende sterk sammenheng mellom Herzbergs hygiene faktorer og Maslows tre underskuddsbehov, og motivasjonsfaktorene og Maslows overskuddsbehov (Adair 1990). Dette er nok ikke helt tilfeldig, Herzbergs tok nemlig delvis utgangspunkt i Maslows ideer i starten av sin studie (Haukedal 2005). Han var likevel på noen punkter grunnleggende uenig i Maslows tilnærming. Særlig gjaldt dette Maslows syn rundt individets endring og utvikling av behov når konteksten endres. Her var Herzbergs oppfatning at behovene er nokså faste. Videre var Herzberg i større grad enn Maslow av en oppfatning av at «hierarkiet» av behov var mer fleksibelt enn slik Maslow fremstilte det (Adair 1990).



Figur 3: Herzbergs tofaktorteori

Kilde: Kaufmann og Kaufmann 2003

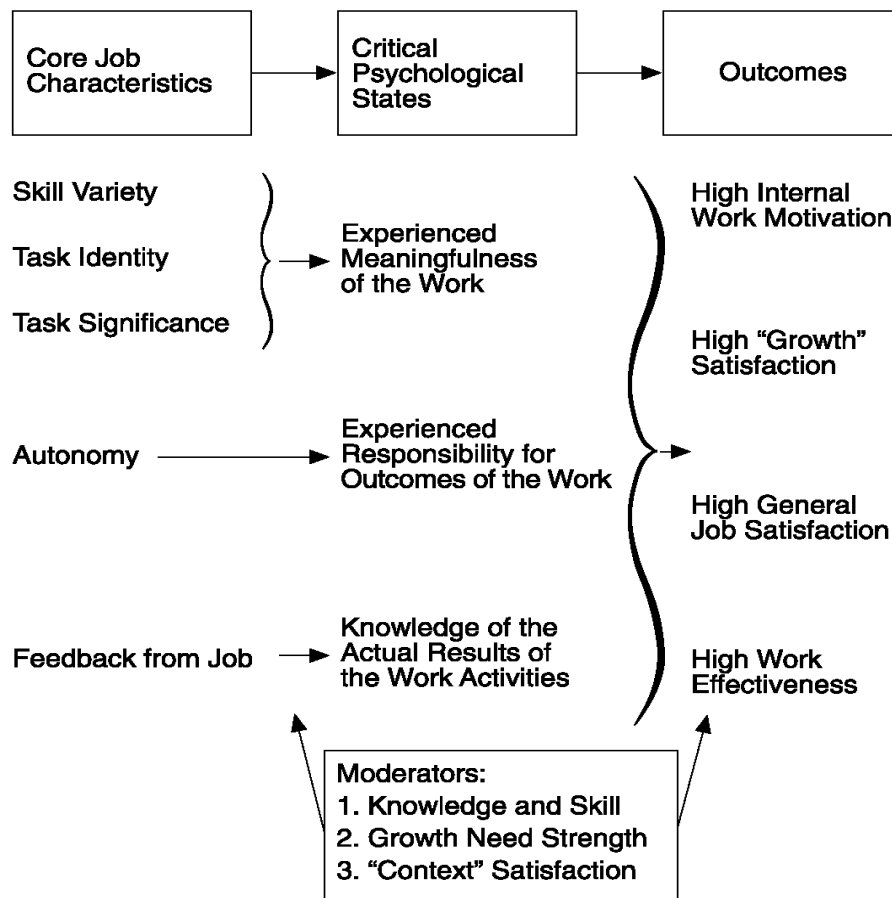
Modellen over indikerer at motivasjon kan påvirkes positivt ved endring av karakterer ved jobben som er beskrevet som motivasjonsfaktorer. Arbeidsoppgaver bør endres slik at de blir mer utfordrende, og at man tilrettelegger for økt ansvarlighet og tilbakemelding til den underordnede, samt at man åpner for avansement og personlig vekst. Positiv utfall av slike endringer ansees som relativt varige (Haukedal 2005). Videre ser man av modellen at man ved å fjerne negative, eller øke positive hygienefaktorer, kan bidra til at arbeideren blir mindre utilfreds. Disse faktorene er i stor grad relatert til arbeidsoppgavens omgivelser. Effekten av slik tilrettelegging ansees likevel som relativt kortvarige. Konsekvensen ser ut til å bli at nullpunktlinjen forskyves, med det utfall at nye tiltak må iverksettes for å unngå demotiverte ansatte. Hygienefaktorene bærer preg av fokus rundt aspekter ved rettferdighet (Haukedal 2005), således har denne teorien også sterke bånd til sosiale motivasjonsteoriene.

Jobbkarakteristikamodellen – Hackman og Oldham

Hvordan kan man strukturere en jobb slik at den blir utført effektivt, og på samme tid bidra til at arbeiderne oppfatter jobben som personlig givende og tilfredsstillende? Dette spørsmålet er utgangspunktet for den jobben Hackman og Oldham har lagt ned i utviklingen av teorien som ligger bak jobbkarakteristikamodellen (Hackman og Oldham 1980). Kort beskrevet bygger teorien til Hackman og Oldham på at man gjennom arbeidet tilrettelegger for fem grunnleggende jobbkarakteristika, som skal danne grunnlaget for at de ansatte inntar tre psykologiske tilstander, som igjen medfører fire ulike utfall som har stor betydning for tilfredshet, motivasjon og effektivitet (ibid). Hackman og Oldham identifiserte tre utenforliggende faktorer som kunne ha innvirkning på effekten i overgangen mellom jobbkarakteristika, psykologiske tilstander og utfall (figur 4).

Hackman og Oldham sitt utgangspunkt er å skape en så fullkommen match mellom individet (arbeideren) og arbeidsoppgaven som mulig. En slik match vil gjøre det unødvendig å tvinge, bestikke eller lure den ansatte til å jobbe hardere og prestere godt. Denne typen «fit» mellom arbeider og arbeidet vil medføre at man ved å stå på og prestere vil få en følelse av indre belønning og tilfredsstillelse. Disse følelsene er sterkt knyttet til høy indre motivasjon hos arbeideren. Hackman og Oldham beskriver en slik ansatt som en person der følelsene er

nært knyttet til opp til i hvilken grad man presterer i jobben eller ikke (Hackman og Oldham 1980).



Figur 4: Jobbkarakteristikamodellen

Kilde: Hackman og Oldham 1980

Utgangspunktet for modellen over er det de tre psykologiske nøkkeltilstandene man tenker seg at indre motiverte individer må befinne seg i.

For det første må man ha *kjennskap til resultatet av den jobben man utfører*. Dette vil medføre at den ansatte får vite om sine prestasjoner, som vil ha innvirkning på om man er fornøyd eller misfornøyd med seg selv. Videre vil man da kunne lære av prestasjonene og korrigere ut i fra utfallet av prestasjonen (ibid).

For det andre vektlegges viktigheten av *å føle ansvarlighet for utfallet av jobben*. Tanken her er at en arbeider som føler sterkt ansvar for utfallet av jobben, vil årsaksforklare dette med den innsatsen han eller hun selv la ned, både dersom utfallet var godt eller dårlig. En person som ikke føler ansvar for jobben og utfallet vil tillegge både gode og dårlige prestasjoner til

faktorer i omgivelsene. Målet her er igjen å skape ansatte som påvirkes av utfallet av de prestasjonene de til enhver tid gjør i jobben (Hackman og Oldham 1980).

Til slutt er det avgjørende med ansatte som *føler at jobben er meningsfylt*. Med dette mener man at den ansatte føler at jobben betyr noe, eller har en mening som beveger viktige verdier hos den ansatte. Dette kan for eksempel være jobber som har direkte eller indirekte påvirkning på andre menneskers liv (ibid).

For at man skal utvikle og beholde den høye indre motivasjonen som følge av disse tre nøkkeltilstandene er det nødvendig med et visst innslag av alle tre. Det er altså i følge teorien ikke tilstrekkelig at man føler stor grad av ansvar og har god innsikt i resultatene, dersom man mener at jobben på ingen måte er meningsfylt. En slik situasjon vil ikke føre til høy indre motivasjon.

Ved å designe og utvikle oppgavene på en slik måte at man styrker matchen mellom den ansatte og oppgavene, slik at person som utfører oppgavene får en opplevelse av de tre psykologiske tilstandene, vil man indirekte kunne påvirke den indre motivasjonen på denne måten. Med dette utgangspunktet utviklet Hackman og Oldham fem karakteristika ved jobben som de mente ville gi den ansatte opplevelsen av disse tre nøkkeltilstandene (ibid).

De tre første karakteristikaene tar utgangspunkt i å bidra til en meningsfylt jobb. Disse tre er *variasjon - (skill variety)*, *oppgavens identitet - (task identity)* og *oppgavens betydning - (task significance)* (ibid).

Variasjon angår i hvilke grad jobben krever utførelse av ulike oppgaver, inkludert bruk av flere ulike ferdigheter personen besitter. Når person inngår i aktiviteter som er utfordrende og mangfoldige, utfordres evnene deres som igjen bidrar til utvikling av disse. Slike oppgaver gjør arbeidet mer meningsfylt for den ansatte.

Oppgavens identitet omhandler i hvilken grad man er involvert i hele arbeidsoppgaven fra begynnelse til slutt, og med kjennskap til oppgavens resultat. Meningen med en oppgave stiger dersom man får følge «produktet» hele veien og se det endelige resultatet. Arbeidere som følger hele prosessen tenderer til å bry seg mer om det endelige produktet, enn de som bare inngår i en liten del prosessen.

Oppgavens betydning setter fokus på hvorvidt arbeidet har grunnleggende betydning for livet til andre mennesker. Når man vet at det man gjør vil ha stor innvirkning på andre menneskers glede, helse eller sikkerhet, øker dette i hvilke grad arbeidet oppleves som meningsfylt.

Den fjerde karakteristikaen er *autonomi (autonomy)* og skal bidra til at den ansatte føler økt ansvarlighet for resultatet av oppgaven. Autonomi beskriver i hvilke grad arbeidet er lagt opp slik at den ansatte føler frihet og uavhengighet i planlegging av arbeidet, og ved valg av hvilke prosedyrer man ønsker å bruke. Økt ansvar for oppgaven kommer til uttrykk gjennom at den ansatte i stor grad føler at oppgavens resultat avhenger av ens egen innsats, initiativ og avgjørelser, istedenfor instruksjoner fra en overordnet eller en manual av prosedyrer. Gjennom økt autonomi vil den ansatte føle mer personlig ansvar for både suksess og fiasko i utførelsen av oppgaven (Hackman og Oldham 1980).

Den femte og siste karakteristikaen skal sikre at den ansatte får kjennskap til resultatet av jobben, og er kalt *feedback*. Denne tilbakemeldingen skal komme direkte fra det å utføre oppgaven selv, altså skal oppgaven utformes slik at tilhørende mekanismer sørger for at det er mulig for den ansatte å få denne feedbacken direkte. Slik tilbakemelding kan også komme fra andre kollegaer eller overordnede, men i dette tilfellet er fokuset knyttet til en direkte feedback fra oppgaven selv (ibid).

Disse fem karakteristikaene inngår som grunnlaget for motivasjonspotensialet til enhver jobb. Hvert karakteristikum blir rangert fra 1, som er den laveste scoren, til 7, som er den høyeste. Disse talene inngår i formelen under som i sum angir MPS (Motivating Potential Score). Den høyest mulige scoren er 343 og den laveste 1. Som man ser av formelen under summerer man de tre første karakteristikaene fordi disse tre leder opp til en psykologisk tilstand. Tallet man får ut antyder i hvilke grad jobben består av karakteristika som kan bidrar til økt indre motivasjon. Dette betyr likevel ikke at ansatte i jobber med høy score automatisk er høyt indre motivert. Dette kommer nemlig an på i hvor stor grad de nevnte utenforliggende faktorene spiller inn (ibid).

$$\text{MPS} = \frac{\text{Skill Variety} + \text{Task Significance} + \text{Task Identity}}{3} * \text{Autonomy} * \text{Feedback}$$

Formel 1: Motivating Potensial Score

Kilde: Hackman og Oldham 1976

Individuelle forskjeller spiller også en rolle med tanke på i hvilke grad man responderer på den ene eller andre måten når man utfører en oppgave med for eksempel høyt motivasjonspotensiale. Hackman og Oldham trekker her frem tre moderatorer som kan ha innvirkning på individets motivasjonsutbytte i en gitt jobb.

Forskjeller i *kunnskap og ferdigheter (knowledge and skill)* vil kunne spille en stor rolle for hvorvidt personer motiveres av jobber med høy MPS. Personer med høy kunnskap og gode ferdigheter vil kunne få høyt motivasjonsutbytte av slike jobber fordi det er stor sannsynlighet for at de mestrer oppgavene. Det motsatte vil gjelde for personer med lav kunnskap og svake ferdigheter, som vil oppleve at de ikke strekker til på en jobb som nettopp krever at de skal prestere. Disse personene vil typisk foretrekke en jobb som avhenger mindre av deres egen innsats (Hackman og Oldham 1980).

Ønske om eller *behovet for vekst (growth need strength)*, omhandler i hvor stor grad individet søker personlig beherskelse, læring og utvikling gjennom jobben. Slike personer beskrives ved å *ha høyt vekstbehov* og vil utvikle høy indre motivasjon når de arbeider med komplekse og utfordrende oppgaver. Mens personer med høyt vekstbehov vil gripe enhver mulighet for videreutvikling og vekst, vil personer med lavt vekstbehov ikke verdsette, legge merke til eller muligens også føle seg truet av muligheter for personlig vekst (ibid).

Den siste modererende faktoren for individets respons til jobbens motivasjonspotensiale er *tilfredshet med arbeidskonteksten (Satisfaction with the Work Context)*. I dette tilfellet defineres jobbtildfredshet ut i fra om man er tilfreds med aspekter rundt lønn, jobbsikkerhet, kollegaer og ledelse. Personer med høy jobbtildfredshet forøvrig vil naturlig respondere mer positivt på jobberikelse, altså

endringer i arbeidet som medfører høyere MPS, enn personer med lav jobbtillfredshet. De sistnevnte vil ofte ha mer enn nok med håndtere det faktum at de opplever lav jobbtillfredshet, og vil av den grunn ikke utvikle høyere indre motivasjon som følge av jobberikelse før faktorer ved jobbtillfredsheten er forbedret (ibid).

Oppsummert impliserer dette at ansatte som er kompetente, har høyt vekstbehov og har høy jobbtillfredshet, vil respondere positivt på jobber med høy MPS i henhold til de fem karakteristikaene som ble beskrevet over. Utfallet av dette vil være ansatte med høy indre motivasjon, høy veksttillfredshet og høyere generell jobbtillfredshet. I tillegg vil man oppleve høyere effektivitet i jobben, særlig knyttet til kvaliteten av det man gjør (Hackman og Oldham 1980).

3.5.2 Motivasjon av kunnskapsarbeidere

Motivasjonsteorien er som det ble antydnet over, svært omfattende. En av hovedutfordringene med store deler av denne teorien er at den er utviklet i en tid hvor verden så noe annerledes ut enn den er i dag. Dette impliserer at store deler av denne forskningen ikke har kunnskapsarbeidere i sin målgruppe. Den nyere forskningen er i liten grad utrustet med kontrollgrupper, det er derfor vanskelig å påvise forskjeller mellom kunnskapsarbeidere og andre arbeidere (Lines et al. 2011). Inntil videre er det derfor vanskelig å konkludere med at denne gruppen motiveres av andre ting enn det «vanlige arbeidere» gjør (ibid). Likevel legger analysemodellen i denne utredningen til grunn en antakelse om hva som motiverer disse arbeiderne. I den neste delen blir disse antatte linkene forsøkt begrunnet.

3.6 Ledelse, jobbkarakteristika og motivasjon?

Som analysemodellen og problemstillingen antyder, er det ønskelig å se på i hvilken grad karakteristika ved jobben (jobbkarakteristikamodellen) kan påvirke leger og sykepleiere sin motivasjon. I tillegg er fokuset å besvare om ledelsen, enten indirekte via blant annet jobbdesign, eller direkte kan påvirke de ansattes motivasjon. Valget av jobbkarakteristika som en mulig forklaring på helsearbeidernes motivasjon, begrunnes med støtte i Morgeson og Humphrey (2006) sin måte å gradere kunnskapsarbeid på. Dette ble gjort ved å måle tilstedeværelse av fem kunnskapskarakteristika (utledet i del 3.2), som videre har nære relasjoner til jobbkarakteristikaene i modellen til Hackman og Oldham (1980). Den direkte linken mellom ledelse og motivasjon er godt dokumentert gjennom store studier, blant annet i tilknytning til transformasjonsledelse (Bass 2008). Piccolo og Colquitt (2006) beskriver en link mellom ledelse, jobbkarateristika og motivasjon, hvor leder har mulighet til å påvirke jobbkarakteristika gjennom måten arbeidet skal utføres på. I samme studie avdekkes det at *høy grad av transformasjonsledelse* har en positiv påvirkning på ansattes oppfatning av sentrale jobbkarakteristika (Piccoll og Colquitt 2006). Purvanova med flere (2006) bekrefter samme funn i sin kartlegging. Manz og Sims (1987) mente også at det var mulig for den enkelte ansatte å selv ta ansvar for kontinuerlig utvikling av sine arbeidsoppgaver mot mer variasjon, utfordring, mening og selvstendighet dersom det ble tilrettelagt fra ledelsens side. Jobbkarateristikamodellen er det forsket mye på, og i hvilken grad den kan forklare indre motivasjon. Modellen har møt en del utfordringer i den nye arbeidshverdagen, og særlig i dagens humanintensive organisasjoner. Flere har gjort et forsøk på å utvide modellen på bakgrunn av at store deler av kritikken har vært at den er for snever, en endring Hackman og Oldham selv så nødvendigheten av (Hackman og Oldham 2010). Siden det er få av disse nye modellene som virkelig har visst sin fruktbarhet enda, er det valgt å holde seg til den originale i denne utredningen.

Problemet med mye av den forskningen som er tilgjengelig er de kontekstuelle forhold. Det er ikke nødvendigvis kunnskapsarbeidere det forskes på. En utfordring når det finnes lite tilgjengelig teori er å benytte deduksjon av eksisterende teori i et forsøk på å forklare det man ser (Lines 2011)(2). Likevel kan den eksisterende teorien være til hjelp i antakelser av sammenhenger. Eksempelvis er det nok mulig å tenke seg at kunnskapsarbeidere vil reagere negativt på lederbeslutninger som innskrenker deres autonomi, eller på endringer som gjør

at det blir mindre tid til bruk av underordnede relevante ferdigheter (Lines 2011)(2). Helsearbeidere kjennetegnes også ved at de jobber mye og liker å jobbe. Derfor står selve arbeidet sentralt, og dermed er antakeligvis karakteristika ved arbeidet også viktig i påvirkning av deres motivasjon. Slike antakelser ligger til grunn for den innledende analysemodellen, og skal bidra til å danne et utgangspunkt for den analytiske tilnærmingen.

Med det faktum at det finnes lite forskning på dette konkrete området, vil det brede teoretiske rammeverket over være et godt utgangspunkt for diskusjon av funn senere i utredningen. Selv om analysemodellen legger opp til at man har noen antakelser om sammenhenger, er disse relativt svakt fundamentert i relevant teori. Man må på bakgrunn av dette være åpen for at andre deler av teorien over også kan bli sentral i diskusjonen, noe som igjen forsvaret det brede teoretiske utgangspunktet. Det at man i teoridelen over ikke i særlig grad har fokusert på å utlede de ulike teoriens testede gyldighet og videreutvikling, er et bevisst valg. Mye av den forskningen som er gjort rundt teoriens gyldighet er ikke knyttet direkte til kunnskapsarbeidere, noe som åpner for at man kunne fått andre resultat om denne gruppen hadde vært i fokus. Med det utgangspunkt at man ikke enda vet nok om hvordan disse bør ledes, og hva de blir motivert av, anses det som fornuftig å presentere og anvende teoriene i en «rå» utgave. Diskusjonsdelen av oppgaven vil trekke inn nyere forskning av de relevante teoriene der det faller naturlig.

4.0 Metode

Metodedelen skal beskrive fremgangsmåten man har valgt for å besvare problemstillingen på en mest mulig tilfredsstillende måte (Johannessen et al. 2004). Valg av metodisk tilnærming beror i stor grad på forskningsspørsmålet *innhold* og *utforming*, og det *grunnleggende målet* med studien (Saunders et al.). Hvor spesifikk og konkret man kan være i metodedelen avhenger i stor grad av forskningsdesign. I den videre delen vil den metodiske fremgangsmåten bli synliggjort, forklart og begrunnet.

4.1 Forskningstilnærming

Det finnes to hovedtyper forskningstilnærming, induktiv og deduktiv. En deduktiv tilnærming legger opp til høy grad av struktur med utviklede testbare hypoteser og godt fundament i eksisterende teori. En induktiv tilnærming legger til grunn høy fleksibilitet og forståelse, og ofte lav tilgang på relevant teori innenfor det konkrete område man forsker på. Kort fortalt kan man si at en induktiv tilnærming har fokus på å skape en god intern validitet ved å søke mening og forståelse, mens den eksterne validiteten, ved å prøve å forklare og generalisere, er fokusområde for en deduktiv tilnærming (Johannessen et al. 2004). Det er likevel sentralt å se på de to tilnærmingene langs et kontinuum, hvor tilnærmingene kan graderes. Det er ytterst sjelden at man forsker med utgangspunkt i en fullstendig induktiv eller deduktiv tilnærming.

I denne utredningen er det valgt en induktiv forskningstilnærming innenfor et deduktivt rammeverk. Tilnærmingen er induktiv i den forstand at det finnes lite teori innenfor det konkrete temaet som er valgt, men tilnærmingen er innenfor en deduktiv ramme i den forstand at det finnes store mengder teori som kan forklare sammenhengene, men man har enda ikke etablert kunnskap om noe av den eksisterende teorien gjør det, og eventuelt hvilke. Videre velges en slik tilnærming fordi forskningsspørsmålet legger opp til at man ønsker å skape en forståelse og en mening rundt begrepet motivasjon. Målet er ikke å finne ut i hvor stor grad kunnskapsarbeidere i helsevesenet er motiverte eller ikke, men heller prøve å skape en forståelse for hva som bidrar til at man er motivert eller demotivert.

Dette ønsket om å skape en forståelse og en grunnleggende mening rundt hvordan og hvorfor, er også utgangspunktet for at det vil bli benyttet en kvalitativ metodisk tilnærming i

datainnsamlingen (Saunders et al. 2009). Det at man ønsker og utforske et lite utforsket tema, grunnir også valget av den eksplorerende vinklingen i studien. Den kvalitative forskningen legger til grunn at man søker å forstå et fenomen. Denne forståelsen oppnår man fordi det er stor grad av fleksibilitet som gjør det mulig å korrigere underveis i forskningsprosessen (Johannessen et al. 2004).

4.2 Datakvalitet

4.2.1 Reliabilitet

I denne studien er det lagt opp til intervju som er semi-strukturert. En av utfordringene med en slik form er graden av standardisering. Reliabiliteten, eller påliteligheten, angår sannsynligheten for at andre forskere ville avdekket samme informasjon, eller at man kunne repetere intervjuet og fått ut samme data (Saunders et al. 2009). Det ligger også potensielle feilkilder i intervjuers relasjon til temaet eller den aktuelle case bedriften. Videre kan det ligge feilkilder i intervjuobjektets forhold til intervjuer. Slike forhold kan påvirke graden av reliabilitet. Økt grad av reliabilitet i denne typen studier vil i stor grad gå ut over fleksibiliteten som er grunnpilaren for denne forskningsformen. Det vil også alltid være endringer i omgivelsene som medfører at sannsynligheten for at en annen forsker får akkurat samme resultat i utgangspunktet er lav. Det er derfor grunnleggende for denne forskningstilnærmingen at reliabiliteten er lavere enn for eksempel ved kvantitative tilnærminger. Likevel bør man holde fokus på å dokumentere valg underveis og ha god gjennomsiktighet og åpenhet rundt hva man har gjort og hvorfor (Saunders et al. 2009).

Reliabiliteten i denne studien kan blant annet ha blitt påvirket av at intervjuer selv er helsearbeider og er ansatt ved det aktuelle sykehus. Dette betyr at man har gått inn i intervjusituasjonen med tanker om hva man selv mener om temaet. Dette kan ha kommet til uttrykk gjennom for eksempel kroppsspråk eller toneleie. Videre kan det være at intervjuobjekt som har fått informasjon om at intervjuer er helsearbeider har blitt påvirket av dette. For å motvirke at reliabiliteten skulle bli påvirket av de overnevnte forhold, ble det under hele intervjuprosessen holdt fokus på å være i intervjurollen, og ikke i helsearbeiderrollen. Videre er det holdt fokus på å dokumentere hva som gjøres og videre begrunne disse valgene.

4.2.2 Validitet

Data man samler inn i ulike studier er ikke virkeligheten, men en representasjon av den (Johannessen et. al 2004). Dette betyr at man er avhengig av å ta stilling til hvor godt data representerer virkeligheten. Man snakker da om dataenes *gyldighet* eller *validitet*. Validitet kan deles i tre; intern-, ekstern- og begrepsvaliditet. *Ekstern validitet* er knyttet opp mot om data kan generaliseres eller ikke. Denne validiteten er normalt lav for kvalitative studier av det omfanget det her en snakk om. *Begrepsvaliditeten* omhandler operasjonaliseringen av fenomenet man forsker på, altså om man måler det man ønsker å måle, og må særlig tas hensyn til når man studere komplekse fenomener (ibid). I denne studien blir begrepsvaliditet på lik linje med ytre validitet tillagt mindre vekt på bakgrunn av studiens design og tilnærming. *Intern validitet* er knyttet opp mot at man virkelig får tak i den meningen intervjuobjektet hadde rundt et tema. Det vil si at det er stor grad av samsvar mellom den oppfatningen intervjuer har av det respondenten forteller, og de tankene og meningene respondenten selv sitter med. Den interne validiteten ved semi-strukturerte eller ustrukturerte intervjuer, er normalt veldig høy (Saunders et al. 2009). Hovedgrunnen til dette er at man gjennom slike intervju ofte vil ha muligheten til å oppklare eventuelle uklarheter som oppstår underveis. Utover dette vil man også under slike intervju få utdypende informasjon gjennom respondentens toneleie og kroppsspråk. Likevel forutsetter denne typen rik informasjon at man i intervjuøyeblikket har kapasitet til å få med all relevant informasjon og dokumentere denne. Under «gjennomføring av intervju» blir det gitt en grundig innføring i hva man har foretatt seg for å ivareta validiteten under studien.

4.3 Innsamling av kvalitative data

Den konkrete gjennomføringen av denne eksplorerende, induktive og kvalitative datainnsamlingen er gjort via en case studie og bruk av dybdeintervju med enkeltansatte ved universitetssykehus. Case studie betyr å gjennomføre en empirisk studie av et fenomen i sin naturlige omgivelse (Johannessen et al. 2004). Det er gjennomført 16 dybdeintervjuer, 9 sykepleiere og 7 leger, fra totalt 6 ulike avdelinger. Avdelingenes kjennetegn er nokså spredt, og det er i data ikke gjort skille mellom hvilke avdelingstyper ulike respondenter kommer fra. Flere av respondentene har bygget sine svar på erfaringer fra flere avdelinger ved sykehuset.

Det er kun gjennomført intervju med ansatte/followers i organisasjonen. Det ble lenge drøftet om man også burde gjennomføre intervju med deres ledere, eller andre ledere i organisasjonen. Begrunnelsen for ikke å gjøre dette er flere. Først av alt var det et ønske om å holde fokus på den oppfatningen de ansatte har, siden det er hos disse motivasjonen virker. Videre ville en slik tilnærming, på grunn av tidsmangel, måtte gå utover antallet underordnede man kunne intervju. Sist, men ikke minst, viste det seg at det også ble praktisk vanskelig å gjennomføre på grunn av vanskeligheter med tilgang til intervjuobjekter. Det kunne likevel vært av interesse å få studere hva lederne mener om deres rolle som motivatorer og hva de mener motiverer ansatte, og da videre speilet dette mot hva de ansatte mener. Utfallet hadde som sagt blitt en langt større oppgave, og skulle man få dette inn under en masteroppgave ville man risikere at det ville gå ut over kvaliteten.

Bakgrunnen for å velge semi-strukturerte intervju i motsetning til strukturerte var fleksibiliteten i intervjuøyeblikket. Ved å tillate at intervjuobjektene fant sine egne formuleringer og i mindre grad ble ledet, mener man å ha oppnådd å komme mer i dybden og nærmere de faktorene som virkelig betyr noe for temaet. Utfordringen med denne intervjuformen, er at den flyter i større grad, noe som stilte høy krav til struktur i de omliggende faktorene (Johannessen et al. 2004). Forstyrrende faktorer i omgivelsen kan medføre at intervjuobjektet mister fokus og lettere faller ut. Det ble derfor fokusert på å begrense urolige faktorer i omgivelsene ved å skape et godt miljø rundt objektet før intervju og under intervjuene. De fleste intervjuene ble derfor gjennomført borte fra avdelingen og på egnede rom. Dette medførte at intervjuobjektet fikk litt distanse til sin avdeling og man ble ikke forstyrret unødig.

4.3.1 Kontakt og tilgang

Det ble etablert kontakt med administrasjonen ved sykehuset. Herifra ble det tatt kontakt med ulike avdelinger via ledelsen, med forespørsel om frivillig deltakelse i studien. Det at forespørselen kom fra administrasjonen, og ikke direkte fra undertegnede, medførte nok at responsen ble bedret. En slik tilnærming signaliserer at studien er godkjent fra administrativt hold. Likevel ble det noen utfordringer rundt tilgang til respondenter. Utgangspunktet for hvor mange respondenter og antallet avdelinger man i starten ønsket å intervju er illustrert ved tabellen under.

Avdeling	Leder	Followers (profesjonsinndelt)		
		Lege	Sjkepl.	Hjelpepl.
Avd. 1	Sjkepl. 1	2 (3)	2 (3)	2 (3)
Avd. 2	Sjkepl. 2	2	2	2
Avd. 3	Lege 1	2 (3)	2 (3)	2 (3)
Avd. 4	Lege 2	2	2	2

Tabell 1: Ønsket intervjustruktur

Tabellen over impliserte at det skulle intervjues 24 respondenter, fordelt på tre forskjellige fagfelt. Halvparten av disse skulle komme fra legestyrte avdelinger, og den andre halvparten fra sykepleierstyrte. Denne planen ble etter kontakt med universitetssykehuset nokså tidlig, funnet lite gjennomførbart. Særlig fordi det på tross av enhetsledelse i norske sykehus, ikke eksisterer en slik struktur i det virkelige liv. Dette betyr at legene i mange tilfeller leder legene på avdelingen, og sykepleiere leder sykepleierne.

Planen måtte derfor endres. Hjelpepleierne ble fjernet for å redusere antallet, og fordi det ble vanskelig å definere disse som kunnskapsarbeidere etter gjeldende definisjon. Man ville likevel gjøre et forsøk på å ta kontakt med avdelinger hvor en form for enhetsledelse eksisterte. På denne måten skulle det være mulig å få et inntrykk av om underordnede ved legeledede avdelinger kontra sykepleierledede avdelinger, vektla ulike faktorer rundt hva lederen kunne gjøre for å motivere eller demotivere. Dette mislykkes dels fordi man ville risikere å ende opp med en lege- eller sykepleierledet avdeling, noe som hadde gjort datagrunnlaget tynt. Det ble også konkludert med at det mulig hadde blitt det uansett. Denne endringen førte også til en forenkling av problemstillingen, noe som i ettertid har vist seg å være til det beste, siden den er omfattende nok slik er. utfordringene medførte at intervjustrukturen til slutt ble som i tabellen under.

Avdeling	Lederprofesjon	Leger	Sykepleier
1	?	2	2
2	?	2	3
3	?	0	1
4	?	0	1
5	?	0	2
6	?	3	0

Tabell 2: Endelig intervjustruktur

Den endelige tilgangen til intervjuobjekter bygger godt oppunder problemstillingens fokus. Hvilke profesjon lederen har er ikke et fokus, men lederen sin rolle i studien er like sentral. Det at man nå ikke tar utgangspunkt i leders profesjon, gjør på mange måter tilnærmingen mer induktiv. På denne måten kan man ut i fra de data som foreligger, gjøre et objektivt forsøk på å beskrive egenskaper som blir vektlagt av underordnede rundt motiverende ledelse, uten å henge seg opp i leders faglige tilknytning. Utover dette er det økte antallet avdelinger gunstig fordi det øker mangfoldet av ulike egenskaper ved avdelingene. Noen avdelinger har blant annet akuttfunksjoner, mens andre er langt mer stabile. Blant de 16 respondentene er det to menn og fjorten kvinner. Dette er isolert ikke et problem med tanke på at problemstillingen ikke legger opp til et skille her. Kvinneandelen er jo generelt høyere i helsevesenet, og særlig blant sykepleierne, men det er likevel verdt å nevne i denne delen. Det skilles heller ikke på andre ting som for eksempel alder eller ansiennitet. Alder har tidligere vist seg å spille en rolle for hvilke faktorer rundt motivasjon som vektlegges (Lines et al. 2011). Det utgjør derfor en svakhet at dette ikke er tatt hensyn til i denne studien. Et av argumentene er å holde kompleksiteten på et forsvarlig nivå. Det sterkeste skillet i datagrunnlaget går mellom respondentenes profesjon, noe som legges til grunn i problemstillingen, og det er derfor et sentralt fokus. Utover det som kommer frem i problemstillingen vil det bli gjort et skille blant legene mellom assistentleger/LIS-leger, som er under spesialisering, og overleger. Hovedårsaken til dette er at deres roller i noen tilfeller fremstår som nokså forskjellige, noe som mulig kan virke inn på hva som motiverer eller demotiverer. For sykepleierne er det også ulike grader av spesialisering i utvalget, likevel er det antatt at deres roller internt i avdelingen ikke skiller seg i så stor grad. Mellom

avdelingene kan strukturen og oppgavene variere i nokså stor grad, dette gir derfor grunnlag for et generelt skille når resultatene analyseres.

4.3.2 Utvelgelsen av respondenter

Ledelsen ved de ulike avdelingene mottok forespørselen om frivillig deltakelse i studien. Vedlagt denne forespørselen, som ble rettet via mail, lå et informasjonsskriv til lederen om studien (vedlegg 1). Ønsket var at lederen formidlet informasjon om studien til sine ansatte og deretter besvarte forespørselen med en liste over ansatte og deres kontaktdata. Slik kunne man selv ta kontakt med de underordnede. Tanken bak dette var å unngå at lederen fikk innvirkning på utvelgelsen, og at man da kunne randomisere ut fra denne listen av ansatte. Her ble det også noen utfordringer. Hva som er grunnen er litt uklart, men det viste seg i alle tilfeller å være vanskeligere å få tak i respondenter enn først antatt. Det endte med at man fikk kontaktdata til noen ansatte som hadde sagt seg villig til å delta. Disse ble så formelt kontaktet via mail med vedlagt informasjonsskriv til respondenter (vedlegg 2). Når man først hadde fått kontaktdata til de underordnede var responsen fra disse både rask og positiv.

Utfordringene med utvelgelse av respondenter kan virke inn på utvalget i studien. Selv om det virker tvilsomt at lederen har valgt ut ansatte for å påvirke resultatet, har lederen i alle fall hatt en slik mulighet. Siden dette er en kvalitativ studie som ikke skal måle i hvilke grad den underordnede er motivert eller ikke, men heller hvilke tanker man gjør seg rundt hva som motiverer og demotiverer, vil det ha mindre innvirkning på resultatet om man intervjuer en sterkt motivert eller sterkt demotivert ansatt, begge antas å ha betraktninger rundt hva som motiverer eller demotiverer (Johannessen et al. 2004). En annen viktig faktor er at det i informasjonsskrivet til lederne ikke kom frem hvilke underliggende fokus studien hadde, da man ikke så det som relevant at lederen skulle få informasjon om dette. Hadde man oppnådd å holde lederen på større avstand, ville lederen likevel blitt underrettet, med hensyn til bemanning, når de ansatte ble tatt ut av avdelingen for å gjennomføre intervjuet. Forøvrig førte utfordringene til at spredningen i typer av avdelinger ble større og at antallet steg. Dette ser man på som en fordel for mangfoldet i datagrunnlaget og det medfører mindre utfordringer med hensyn til anonymitet.

4.3.3 Gjennomføringen av intervjuene

Intervjuobjektene fikk i informasjonsskrivet en beskrivelse av tema og rammene rundt intervjuet. Via mail ble det enighet om egnet tidspunkt og plass for gjennomføring av intervju. De fleste av de 16 intervjuene ble gjennomført utenfor avdelingene som respondentene jobbet i, og hadde en varighet på mellom 35 til 80 minutter, men de fleste rundt 60 minutter. Det ble på forhånd utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide (vedlegg 3), som var grunnlaget for gangen i intervjuet. Valget av en semi-struktur bidrog til både en viss struktur men også en fleksibilitet. Intervjuguiden er utarbeidet med et fokus på problemstillingen og den introduserte analysemodellen. Dette betyr at noen spørsmål fokuserer mot beskrivelse av faktorer knyttet til karakterer ved jobber som motiverer. I tillegg rettes den siste tredjedelen av intervjuguiden seg mot leders rolle rundt den ansattes motivasjon. Likevel bærer guidene preg av en vid tilnærming til tema. Før første intervju ble intervjuguiden testet på en sykepleier utenom utvalget, her kom det frem faktorer som grunnlag for en endring av guiden (vedlegg 4), mest av alt med bakgrunn i språklige oppklaringer. Underveis i intervjuprosessen ble også intervjuguiden endret (vedlegg 5), og det ble foretatt justeringer i forhold hva som ble fokus innenfor selve guiden. Bakgrunnen for dette er den induktive tilnærmingen, og at man vil benytte en utgave av grounded theory i analysen av data. Denne analysemetoden legger til grunn at man bruker den innsikten man får underveis i intervjuprosessen til å rette fokus mot det som fremstår som mest sentralt (Corbin og Strauss 2009).

Før intervjuene har undertegnede lest seg opp på tips og råd i forbindelse med gjennomføring av kvalitative intervjuer (Johannessen et al. 2004, Saunders et al. 2009). Det er sentralt å legge til rette for å opprettholde den generelt sterke interne validiteten ved kvalitative intervju (ibid). Samtlige intervju ble tatt opp på bånd, dette frigjorde kapasitet til å gjøre gode notat om det respondenten fortalte og notere ned forhold rundt toneleie og kroppsspråk. Det ble på alle intervju tilbudt kaffe, leskedrikk og sjokolade, mest for å verdsette deltakelsen, men også for å gi respondenten noe å holde i. Hvert intervju startet med lett prat for å varme opp stemningen og få både respondent og intervjuer i «pratmodus». Videre ble det godt informert om konteksten og hva data skulle brukes til, samt om anonymitet, konfidensialitet og muligheten for å trekke seg. Videre fulgte man intervjuguiden gjennom intervjuet. Avslutningsvis ble det spurt om alt hadde gått greit og

om det var noen flere spørsmål i forhold til intervjuet eller utredningen. Det ble også opplyst om muligheten til å ta kontakt dersom det skulle være noe senere. Endelig ble det takket for oppmøtet og bidraget. Underveis gjennom alle intervjuene ble det fokusert på å la respondentene få god tid til å svare, og holde fokus på en god stemning som fikk respondenten til å åpne seg om sine tanker og erfaringer. Uklare svar ble repetert for å få tak i den underliggende meningen og for å oppklare eventuelle misforståelser. Avslutningsvis ble det rundet av med spørsmål om de hadde noe mer å tillegge, som det ikke var snakket om i forhold til tema.

4.4 Analyse av kvalitative data

4.4.1 Grounded theory

I denne utredningen er fremgangsmåten for analysen av dataene en variant av Grounded Theory (Corbin og Strauss 2008). Grounded theory er krevende på mange måter. Likevel er det en prosedyre som er brukt i stor grad av mange (Johannessen et al. 2004). Denne teorien har som utgangspunkt at det ikke eksisterer teori som kan brukes i analysen av data, men at ny teori skal dannes ut av de dataene som er samlet inn. I dette tilfellet har man en antakelse om at jobbkarakteristika forklarer deler av den motivasjonen man observerer. Kategoriene fra denne modellen vil derfor inngå i analysen, men man vil benytte grounded theory for å skape ny kategorier, og videre benytte grounded theory i bearbeidingen av kategoriene.

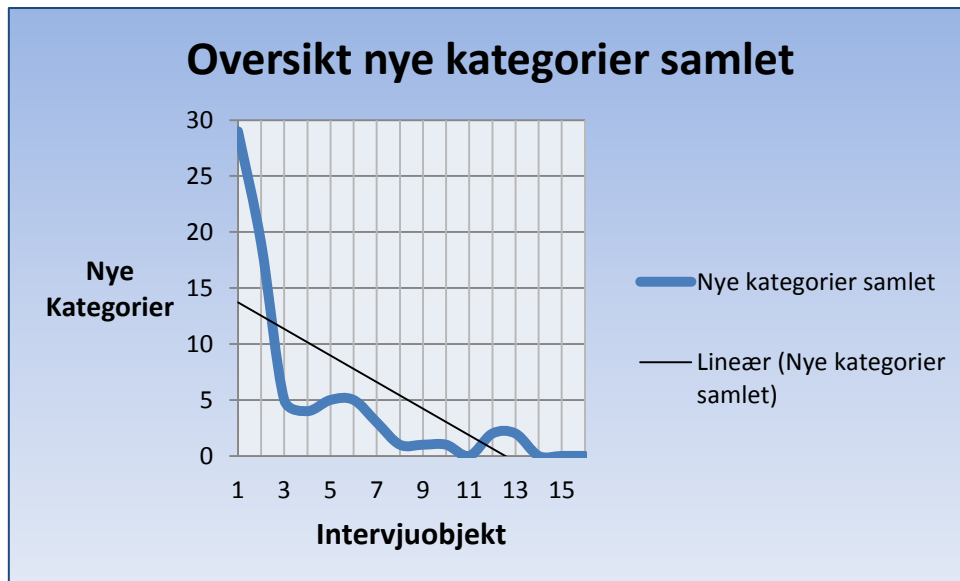
Analyse av de kvalitative dataene er en av de største oppgavene man står ovenfor når man gjennomfører en kvalitativ studie. Ofte er datamengden stor og usystematisk, noe som medfører utfordringer knyttet til det å få oversikt og kunne trekke ut relevante funn (Johannessen et al. 2004). Det at man har valgt å benytte grounded theory som analytisk verktøy stiller høye krav til denne prosessen. Først av alt må man arbeide systematisk og strukturert under innsamling av data. Det er viktig å passe på at man får dokumentert all relevant informasjon underveis. Videre er det viktig å starte analysen av data så snart første intervju er gjennomført (Corbin og Strauss 2008). Etter hvert intervju ble det satt av opp mot en halv time for å gå gjennom notatene og danne en kort oppsummering av hovedtrekkene av det som kom frem. Dette muliggjorde å finne koblinger mellom det som ble sagt og de

antakelsene man hadde. Dette var også starten på den tidkrevende analysen med den åpne kodingen, som la grunnlaget for korrigerende av fokuset i de neste intervjuene.

Hovedanalysen av dataene foregår etter at alle intervjuene er gjennomført. For mange starter denne prosessen med transkribering. Transkribering er en fin måte å få ned på papiret nøyaktig det som ble sagt, og på samme tid jobbe seg gjennom intervjuene en gang til. Videre kan man da ta i bruk diverse «software» for å lettere kode dataene (Johannessen et al. 2004). Likevel er transkribering nokså tidkrevende. I denne studien har man valgt ikke å transkribere dataene. Istedet er det lagt ned mye tid i godt forarbeid og arbeid med analysen underveis. Dette valget har også tilført lengre tid til andre deler av analysen. Dette valget ble tatt i samråd med veileder.

Det benyttes som nevnt spesifikke analytiske prosedyrer for å bygge en forklaring eller generere en teori rundt hovedessensen og det sentrale som kommer ut av dataene (Saunders et al. 2009). I grounded theory benytter man tre ulike kodinger for å analysere data. *Åpen koding* er en prosess som setter like navn på like typer data, altså en form for kategorisering av data. Neste koding er *aksial koding*, her ønsker man å analysere relasjonen mellom ulike kategorier. Til slutt integrerer man de ulike kategoriene for å skape en teori ut av de dataene man har, denne kodingen kalles *selektiv koding* (Corbin og Strauss 2008).

En av utfordringene med denne typen forskning er å ta stilling til hvor mange respondenter som trengs for å kunne besvare problemstillingen på en tilfredsstillende måte. I denne studien ble dette løst ved at man startet analysen av data før intervjuprosessen var avrundet. Underveis i analysen ble data kodet gjennom å legge data i kategorier. Antakelsen er at man får et stort antall nye kategorier etter det første intervjuet, for så å observere et fall i antall nye kategorier. Når man kommer til et punkt der det ikke oppstår flere nye kategorier antar man at data er tilstrekkelig mettet. Figuren under illustrerer det fallende antall nye kategorier i denne studien.



Figur 5: Oversikt over nye kategorier (samlet) i analysen

Antall nye kategorier er sterkt fallende, og forblir lav og tilnærmet null på for de siste respondentene. Samme type illustrasjon er gjort spesifikt for de to gruppene av leger og sykepleiere (vedlegg 6), som også antyder det samme. Med utgangspunkt i dette antas datagrunnlaget for å være tilfredsstillende mettet.

Den konkrete analysen av data er gjort i en excel-fil (vedlegg 7). Analysen startet med det første intervjuet som fikk en konkret fargekode. All relevant data ble kodet og tillagt nye kategorier navngitt av essensen i det som ble sagt. I neste intervju, som fikk en ny farge, ble data kodet med utgangspunkt i de eksisterende kategoriene og nye kategorier i de tilfellene hvor relevante kategorier ikke eksisterte. Terskelen for å opprette nye kategorier var hele tiden lav. Når en setning eller et sitat ble kodet til en kategori, ble setningen i utstrakt grad skrevet ned i denne kategorien, slik at man i resultatdelen kan bruke disse for å vise tilknytningen til kategorien. Kodingen av data slik den er illustrert her tilsvarer det grounded theory kaller *åpen koding* (Corbin og Strauss 2008). I de første kolonnene i excel-filen ble fem kategorier knyttet til jobbkarakteristikamodellen til Hackman og Oldham (1980) listet opp på forhånd. Data som kunne kodes til disse kategoriene ble det. Slik fortsatte analysen til alle lydopptakene var gjennomgått. I tillegg ble notatene tatt under intervjuene brukt som støttebidrag til lydopptakene. Nye kategorier ble loggført etter analysen av hvert intervju, i tillegg ble faktorer knyttet til utfall/atferd som følge av det å være motivert eller demotivert

loggført i egen kolonne. Når denne delen av analysen var slutført var det totale antall kategorier 75, dette inkluderer de fem jobbkarakteristika-kategoriene som ble lagt inn på forhånd. Det eksisterer naturlig nok feilkilder i denne måten å analysere på. Når nye data blir lagt til en kategori, eller en ny kategori blir opprettet, er dette en del av forskerens analyse av det som kommer frem. Et eksempel på feilkilde er at bare delvis samsvarende data blir lagt i samme kategori. Dette fører til færre kategorier som gjør det videre arbeidet mindre krevende, men det kan også medføre at viktige nyanser i data blir borte. Det er derfor i utstrakt grad fokusert på å være streng i vurdering når ny data legges inn i eksisterende kategorier, selv om dette har medført et høyt antall kategorier.

Den videre analysen går ut på å få grep om relasjonen mellom de ulike kategoriene og forsøke å danne hovedkategorier som kan løfte opp essensen i alle underkategoriene. Dette gjør det lettere å få oversikt over det store datagrunnlaget, det gjør også funnene mer håndterlige. I og med at det i denne utredningen er lagt til grunn en antakelse om at jobbkarakteristikaene til Hackman og Oldham kan spille en sentral rolle som grunnlag for motivasjonen til helsearbeiderne, er det i starten av resultatdelen gjort en analyse som viser hvor sentrale karakteristikaene er - disse er presentert i en egen skisse. Videre er der i tråd med grounded theory foretatt analyser av alle underkategoriene, inkludert jobbkarakteristika-kategoriene, rundt relasjonen mellom kategoriene - såkalt *aksial koding* (Corbin og Strauss 2008). Prosessen rundt den aksiale kodingen er gjort ved å sortere underkategorier ut fra ulike karakterer og prosesser, på denne måten synliggjøres relasjonen mellom kategoriene. Det er også viktig å presisere at den aksiale kodingen allerede startet når man besluttet å dele helsearbeiderne inn i grupper av leger og sykepleiere. I tillegg har man de fem jobbkarakteristikaene som fungerer som underkategorier, og disse fem har allerede sin relasjon seg i mellom. Disse forholdene har lettet analysen, men på en annen side gjort den mer komplisert.

Den siste kodingen er kalt *selektiv koding*. Denne omhandler å integrere kategoriene til en samlet beskrivelse som fremstår som den forklarende teorien hentet ut fra data gjennom mange analytiske steg. Denne delen av grounded theory fremsto som krevende. Med utgangspunkt i det store antallet relasjonsorienterte modellen som ble laget, ble kategoriene sortert på en oversiktlig måte etter den aksiale kodingen. Dette gav grunnlaget for å skape overordnede beskrivelser innenfor hvert av hoveddomenene. Dette samordner de

grunnleggende data i sentrale beskrivelser etter en lang prosess med bearbeiding og analyse.

4.5 Etske betraktninger

Forskning av denne typen stiller høye krav til etiske betraktninger fra prosessens start til slutt. Dette angår alt fra valg av tema, bruk av eksisterende teori, behandling av respondenter, datamateriale og casebedrift, og gjennom analyse og presentasjon av data (Johannessen et. al 2004). Man skal til enhver tid ha et etisk fokus på de handlingene man foretar seg, og i dette tilfellet spesielt ovenfor alle som deltar i intervju. Skulle dette medføre en begrensning for den faglige delen av oppgaven, er det en pris man må være forberedt på å betale. Hovedårsaken til at de etiske avveiningene er lagt til det metodiske avsnittet av utredningen er at det ofte er her man møter de mest sentrale etiske dilemmaene. I denne utredningen har man valgt å legge listen for etikk høyt, og særlig i møte med casebedriften og de ansatte (respondentene). Det har vært gitt god og ærlig informasjon underveis i hele prosessen. Det har også vært sentralt å vektlegge anonymitet i korrespondanse mellom intervjuer og intervjuobjekt, likeledes i gjengivelse av data. Utover dette har det vært et sentralt fokus på å gjengi kilder på en korrekt måte, og ha god empirisk støtte for de funnene man presenterer.

5.0 Empiriske resultater og funn

I denne delen vil funnene fra de 16 dybdeintervjuene bli presentert. Resultatene vil i utstrakt grad presenteres ved hjelp av figurer og tabeller. De mest sentrale blir presentert i selve teksten og resten som vedlegg til utredningen. Denne delen starter, som beskrevet i metodedelene, med en beskrivelse av funnene knyttet til de fem jobbkarakteristikaene som ligger til grunn for jobbkarakteristika-teorien (JCT). Man kunne også, med bakgrunn i analysemodellen som ble presentert innledningsvis, hevde at resultatene rundt kategoriene knyttet direkte til ledelse burde blitt presentert på samme måte. Hovedargumentet for at dette ikke gjøres, er at disse kategoriene ikke fremstår like eksplisitte. Disse kategoriene blir derfor presentert som en del av hovedanalysen. Hovedanalysen, som en versjon av grounded theory, presenteres steg for steg, og ulike funn og resultater vil bli synliggjort underveis. Jobbkarakteristikamodellen inngår også i denne analysen. Her blir relasjonen mellom karakteristikaene og andre kategorier koblet. Strukturen på presentasjonen blir lagt opp etter *hvordan analysen er foretatt*, dette sikrer åpenhet og gjennomsiktighet rundt hva som ligger til grunn for de resultatene som fremkommer. Til slutt oppsummeres resultatene i en tabell som legger grunnlaget for den videre diskusjonen.

5.1 Funn relatert til jobbkarakteristikamodellen (JCT)

Gjennom intervjuene ble respondentene bedt om å beskrive kjennetegn ved arbeidsdager eller oppgaver som motiverte eller demotiverte. Disse spørsmålene var rettet mot å få grep om det var noen spesielle karakteristika ved noen typer arbeid som virket motiverende, og kunne relateres til de fem jobbkarakteristikaene i JCT. I analysefilen (vedlegg 7) ble data som direkte var relatert til karakteristikaene registrert. Endt analyse viste resultatene i henhold til tabellen under.

Jobbkarakteristika	Sum totalt %	Sum lege %	Sum sykepl. %
Autonomi	25 %	14 %	33 %
Feedback from Job	75 %	100 %	56 %
Skill variety	56 %	86 %	33 %
Task identity	63 %	71 %	56 %
Task significance	88 %	100 %	78 %

Tabell 3: Resultat jobbkarakteristikamodellen

Denne tabellen viser kun hvor hyppig data direkte relatert til de fem karakteristikaene ble beskrevet. Deres frekvens i denne sammenheng bør ikke legges for stor vekt på med tanke på utvalgets størrelse. Likevel kan dette fungere som en indikator, særlig dersom man ser det i relasjon med at data tilsynelatende er tilfredsstillende mettet. Blant annet er det en sterk indikasjon når samtlige leger beskriver oppgavens betydning, og tilbakemelding om resultat av oppgaven, som å ha påvirkning på motivasjon. Et annet sentralt resultat er at «oppgavens betydning og innvirkning på andre menneskers liv» (task significance), fremkommer som den mest sentrale motivasjonskategorien i analysen samlet. I modellen under vises de motiverende underkategoriene med høyest hyppighet av de totalt 75 underkategoriene.

Motiverende underkategorier

Samlet		Legene		Sykepleierne		
1	Task significance	88	Task significance	100	Leders involvering i hver enkelt ansatte	100
2	Faglig utvikling/vekst	88	Feedback fra oppgaven	100	Teamfølelse/tilhørighet i kollegiet	89
3	Bli sett av leder/tilstedeværelse	88	Faglig utvikling/vekst	100	Bli sett av leder/tilstedeværelse	89
4	Fleksibilitet i arbeidstid og vakter	81	Skill variety	86	Fleksibilitet i arbeidstid og vakter	89
5	Hjelpe/behandle pasienten	75	Bli sett av leder/tilstedeværelse	86	Task significance	78
6	Feedback fra oppgaven	75	Usikkerhet om videre jobb	86	Hjelpe/behandle pasienten	78
7	Teamfølelse/tilhørighet i kollegiet	75	Task identity	71	Feedback overordnet	78
8	Sosialt og godt arbeidsmiljø	69	Hjelpe/behandle pasienten	71	Gode kollegaer	78
9	Leders involvering i hver enkelt ansatte	63	Fleksibilitet i arbeidstid og vakter	71	Faglig utvikling/vekst	78
10	Feedback overordnet	63	Rettferdig leder	71	Sosialt og godt arbeidsmiljø	78

Tabell 4: Høyest rangert (motiverende) underkategorier

Som oversikten indikerer, er det høy grad av samsvar mellom en del av de fem grunnleggende jobbkarakteristikaene, og hva som er kommet frem som sentrale motivasjonsfaktorer for respondentene. Særlig blant legene, der fire av de fem kategoriene ligger høyt oppe, og beskrives som særlig sentrale av denne gruppen. Sykepleierne har i denne oversikten kategorien «task significance» inne som den eneste av karakteristikaene. Denne kategorien omfatter for begge grupper faktorer knyttet til mellommenneskelige og relasjonelle forhold rundt oppgaven. Man blir gjennom oppgaven klar over dens innvirkning og betydning for andre menneskers liv. Oversikten viser hvor sentralt dette er for de to gruppene samlet. Det er også verdt å nevne at autonomi ikke er i oversikten. Ser man på den forrige oversikten blir autonomi beskrevet som motiverende av langt færre av respondentene. Denne karakteristikaen skal føre til den psykologiske tilstanden «opplevd ansvarlighet for utfallet av oppgaven». Man skulle jo tro at det er en faktor som burde stå

sentralt for en helsearbeider, og særlig en helsearbeider som er klar over arbeidets innvirkning på andre menneskers liv. En mulighet er at den psykologiske tilstanden er til stede, men at denne ikke kobles til motivasjon. Slike spørsmål vil bli diskutert i diskusjonsdelen under.

5.2 Resultat og funn av den åpne kodingen

Resultatet av den åpne kodingen er totalt 75 sub-kategorier (vedlegg 7). Bak hver av disse kategoriene ligger det store mengder data fra respondentene. Hver og en motivasjonsrelevant beskrivelse har fått plass i sin kategori. Blant de 75 er det både demotiverende og motiverende kategorier. Kategoriernes navn er valgt slik at de uttrykker essensen i kategoriene, og skildrer derfor om det er demotiverende eller motiverende beskrivelser som ligger i kategorien. Det er, som tidligere beskrevet, lagt vekt på å ikke sette noen begrensning på antall kategorier, samt at det skal være strengt samsvar mellom beskrivelsene i hver kategori. Dette har medført at mange kategorier har sterke slektsbånd. Man kunne selvsagt hevde at disse kategoriene likevel blir knyttet sammen på et senere tidspunkt, og at man derfor kunne utført denne relasjonsdanningen allerede i den åpne kodingen. Det fremstår likevel sentralt at man holder de to fasene adskilte, for å gjøre analyseprosessen så ryddig som mulig.

Hvordan oppsto en kategori, og hva ligger bak kategorien? Når det fremkom beskrivelser som ikke hadde tilhørighet i en eksisterende kategori, ble det laget en ny kategori.

Kategorien «*Snakke negativt om andre*» oppsto på bakgrunn av følgende beskrivelse:

- *Kommentere i plenum når noen har gjort en feil, sterkt demotiverende for alle i kollegiet, ta opp enkeltsaker som handler om enkeltpersoner på morgenmøte er det verste som kan skje, da blir hele arbeidsdagen ødelagt for de fleste, ofte med lavt kunnskapsnivå om de faktiske forhold. (Lege ved universitetssykehuset).*

Underveis i analysen av intervjuene bygges det videre på denne kategorien med blant andre følgende setninger eller beskrivelser:

- *Slenge skitt om noen i andres påhør gjør meg oppgitt. (Sykepleier ved universitetssykehuset)*

- *Noen kommer med personkarakteristikker som er barnslige, de har rett og slett ikke lært seg hvordan man snakker til folk. (Sykepleier ved universitetssykehuset).*
- *Det er sterkt demotiverende når noen snakker nedlatende om enkelte kollegaer. (Lege ved universitetssykehuset)*

Utsagnene over har en negativ ladning, denne kategorien fremstår derfor som en kategori med demotiverende aspekter ved seg. Det er sentralt å se gjennom beskrivelsene i ettertid for å forsikre seg om at kategoriens navn gjenspeiler det som blir sagt (Corbin og Strauss 2008). Navnet på kategorien fungerer nemlig som beskrivelsenes ansikt i resten av analysen.

En annen kategori, som ikke oppsto, men som allerede var lagt inn i analysefilen, var «*task identity*». Denne kategorien kan relateres direkte til en av de fem jobbkarakteristikaene. Den første beskrivelsen som ble tilknyttet denne kategorien var:

- *Viktig med kjennskap til resultatet av det man gjør. Ofte veldig mange involvert i en behandling, vanskelig å se hva som resulterer i hva. (Lege ved universitetssykehuset)*

I tillegg havnet blant annet disse beskrivelsene under denne kategorien:

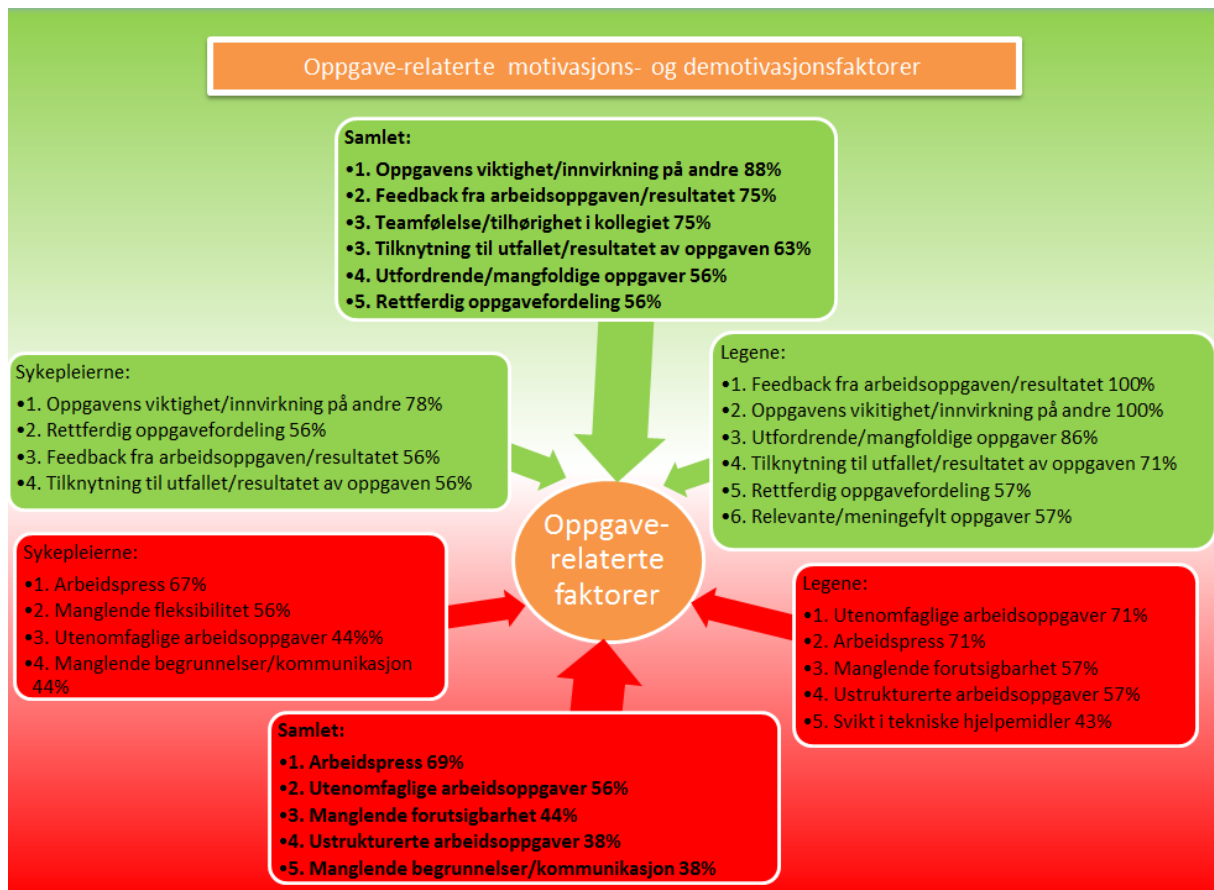
- *Jeg har jobbet på både mer akutte avdelinger og avdelinger hvor man behandler pasienten over lengre tid. I det siste tilfellet merker jeg at det er viktig å få vite hvordan det går med pasienten, og resultatet av den jobben jeg gjør. (Sykepleier ved universitetssykehuset)*
- *Tenker kanskje ikke så mye over det til vanlig, men når du først får orientering om resultatet av det man har gjort, da kjenner man at man bli veldig motivert. (Sykepleier ved universitetssykehuset)*
- *Det er viktig å få tilknytning til jobbets resultat, man gjør alltid vurderinger under en viss usikkerhet, det er derfor viktig å få kjennskap til resultatet. (Lege ved universitetssykehuset).*

Denne prosessen fortsatte gjennom samtlige intervjuer, og resultatet av den åpne kodingen er dermed 75 underkategorier som inneholder all den relevante informasjonen rundt motivasjon som ble beskrevet i intervjuene. Som tabell 4 over viser, er det noen kategorier som fremstår som sentrale allerede etter den åpne kodingen. Dette betyr at flesteparten av respondentene har kommet med beskrivelser som inngår i kategoriene. Likevel finnes det

kategorier som bare er nevnt av en respondent. Kategorien «*ikke bli belønnet for å gjøre en god jobb*» er en slik kategori. Det at den er nevnt av en person gjør den ikke uviktig i denne sammenheng, og man skal være varsom med å legge for stor vekt på kun de som er nevnt av flere. Denne kategorien kan nemlig ha mange nære kategorislektninger, som i sum gjør budskapet i kategorien sentral. I den neste kodingen blir slike relasjoner mellom kategoriene avdekket.

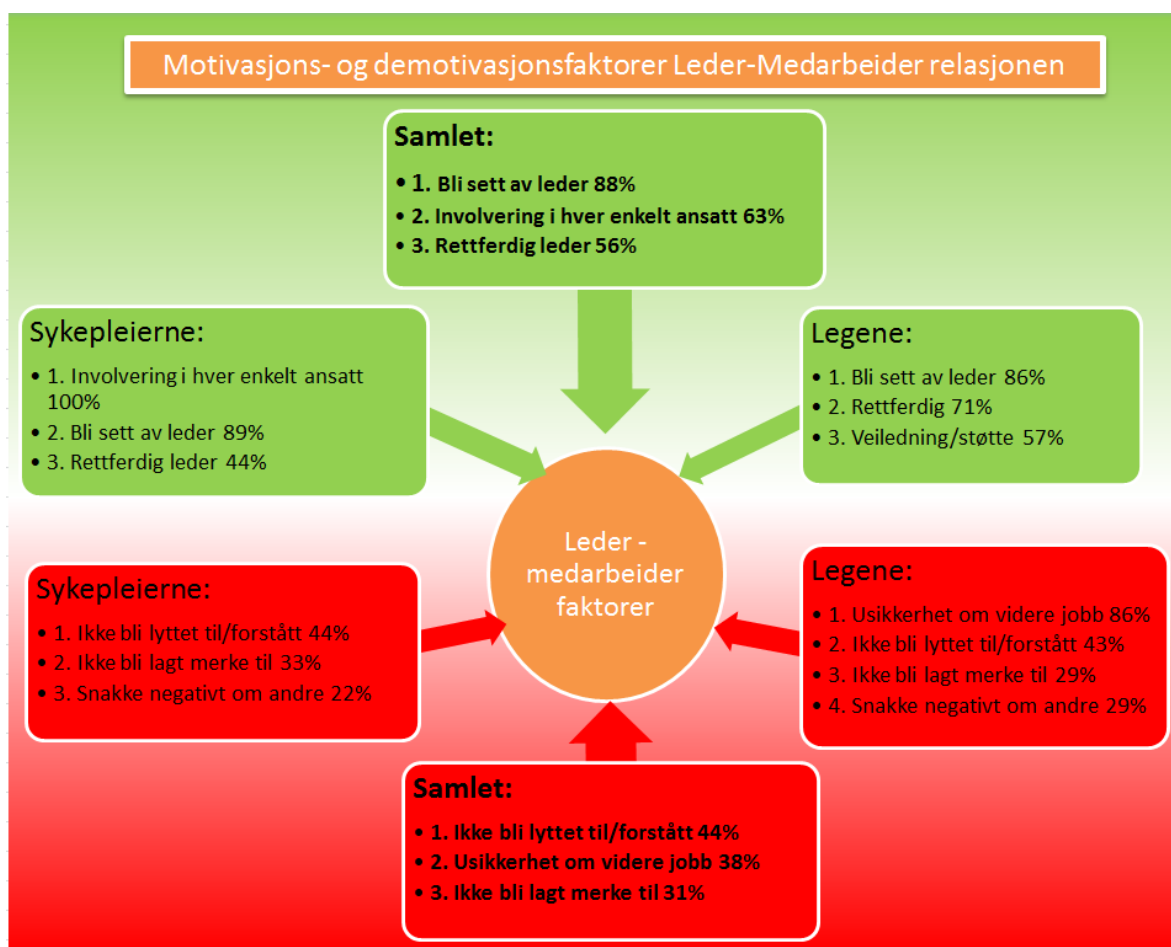
5.3 Resultat og funn av den aksiale kodingen

I den aksiale kodingen skal man se etter relasjoner mellom kategoriene som kom frem etter den åpne kodingen (Saunders et al. 2009). Den første helt opplagte relasjonen kategoriene har til hverandre er hvorvidt de har motiverende eller demotiverende aspekter ved seg. Man kan dermed skille mellom kategorier som er demotiverende og de som er motiverende. For øvrig oppstår det et skille mellom kategorier som fremstår som sentrale for sykepleiere, for leger eller for begge grupper. Ved å dele respondentene inn i to grupper, har man allerede fra starten gjort en aksial koding. Dette kan vel sees som et eksempel på det Corbin og Strauss beskriver som den dynamiske delen av analysen. Selv om analysen skal gjennomføres i naturlige steg, er det vanlig å hoppe litt mellom de ulike stegene der det fremstår som nødvendig (Corbin og Strauss 2008). Utover relasjonsgrupperingene kan analysemodellen til oppgaven være et utgangspunkt for relasjoner. Jobbkarakteristikaene som er med i analysefilen har sin relasjon, og de er i stor grad knyttet til karakterer ved oppgavene. I tillegg har ledelse sin plass, og mange kategorier er direkte eller indirekte relatert til ledelse. For å få oversikt over alle disse mulige relasjonene mellom data, ble kategoriene delt inn etter deres relasjon til sentrale momenter i forskningsspørsmålet. Under er noen slike relasjonsoversikter presentert, de øvrige er lagt som vedlegg (vedlegg 8).



Figur 6: Oppgave-relaterte motivasjon- og demotivasjonsfaktorer

I fremstillingen er det skilt mellom sykepleiere og leger, og en der begge er samlet, i tillegg er skilt mellom motiverende og demotiverende kategorier. Denne fremstillingen viser de kategoriene med høyest frekvens. Samtlige kategorier har en tilknytning til oppgave-relaterte faktorer. Bildet som danner seg er at oppgaverelaterte faktorer har en sentral plassering i data. Først av alt fordi det er mange kategorier som kan knyttes til oppgavens motiverende eller demotiverende potensiale, men også at dette er kategorier det er stor enighet om blant respondentene. Den neste oversikten sorterer kategorier etter deres tilhørighet til relasjonen mellom leder og medarbeider.



Figur 7: Motivasjons- og demotivasjonsfaktorer Leder-Medarbeider relasjonen

Inndelingen her er den samme som i forrige fremstilling. Man ser at mellommenneskelig/relasjonelle forhold også har en sentral plass i relasjonen mellom kategoriene. En annen faktor som også kan være verdt å nevne er at det kan se ut som at det er større enighet rundt hva som motiverer enn hva som demotiverer. Generelt har de demotiverende kategoriene lavere frekvens og større spredning. Skulle dette medføre riktighet, kan det tenkes å få innvirkning på hvordan man kan redusere demotiverende faktorer.

Hver av disse figurene fungerer som et ledd i den aksiale kodingen. Figurene, i tillegg til de overnevnte forhold rundt inndeling av kategorier, skaper en oversikt over underkategoriene og knytter disse opp rundt en overordnet inndeling. Etter å ha sortert kategoriene på mange ulike måter er det kommet frem til en relasjonsinndeling som deler kategoriene og deres

relasjon inn på en måte som både virker konstruktiv og tar hensyn til utredningens analysemodell. Denne inndelingen vises i modellen under.

Det faglige...			det mellommenneskelige...		
Lederen	Kollegaene	Oppgavene	Oppgavene	Kollegaene	Lederen
Motiverende kategorier					
?	?	?	?	?	?
Demotiverende kategorier					
Lederen	Kollegaene	Oppgavene	Oppgavene	Kollegaene	Lederen
?	?	?	?	?	?

Tabell 5: Relasjonsinndeling av kategorier etter den aksiale kodingen

Det overordnede skillet i modellen går mellom det faglige og det mellommenneskelige. Deretter er kategoriene delt inn etter om det har demotiverende eller motiverende aspekter ved seg. Til slutt er kategoriene delt inn etter deres tilknytning til oppgavene, kollegaene og lederen. Underkategorier etter den åpne kodingen skal dermed deles inn etter om de er av faglig eller mellommenneskelig karakter, om de har motiverende eller demotiverende aspekter ved seg, og til slutt om de kan relateres til oppgavene som blir utført, til forhold i kollegiet, eller til forhold rundt lederen eller ledelsen. Skillet mellom motiverende og demotiverende faktorer er sentral ettersom dette er et av hovedfokusene i studien. Skillet mellom det faglige og det mellommenneskelige fremsto som et dominerende skille allerede under datainnsamlingen. I tillegg tar dette skillet utgangspunkt i skillet mellom den relasjonelle orienteringen og oppgaveorienteringen. Et skille man blant annet finner igjen fra flere sentrale ledelsesteorier. De tre siste inndelingene tar utgangspunkt i analysemodellen. Oppgaveinndelingen kommer primært fra den valgte analysemodellen og fokuset knyttet til jobbkarakteristikamodellen. Inndeling i kategorier rundt lederen fremkommer også av analysemodellen. Ledelse kan gjerne ha et preg av faglig/oppgave-orientering og/eller en relasjonell/mellommenneskelig-orientering. Modellene som ligger til grunn for den aksiale kodingen antyder et slikt skille også i underkategoriene. Inndelingen i kollegierelaterte

kategorier kommer som et resultat av at det stod igjen noen kategorier etter inndelingen rundt lederen og oppgavene. Disse kategoriene kunne relateres til de personene som er rundt arbeideren til enhver tid, nemlig kollegaene og de kollegiale forhold. Skillet mellom sykepleiere og leger er ikke med i modellen på grunn av det hadde gjort modellen for kompleks. Dette betyr på ingen måte at man går bort fra fokus på dette skillet, men at dette skillet vil diskuteres rundt hvert av de funnene som kommer frem av hovedkategoriene i modellen.

Det faglige...			det mellommenneskelige...		
Lederen	Kollegaene	Oppgavene	Oppgavene	Kollegaene	Lederen
Motiverende underkategorier					
Faglig utvikling/vekst Rettferdig oppgavefordeling/rettferdig leder Feedback leder Tid til å videreutvikle ting man er god på Forutsigbarhet Gitt ansvar/ansvarsområde God informasjon Leder som veileder	Teamfølelse Tverrfaglig miljø/samarbeid Skryt/feedback fra kollegaene Morgenmøte Veiledning fra kollegaer Lære opp ny kollegaer	Feedback Skill <u>variety</u> Å utgjøre en forskjell Faglig relevante arbeidsoppgaver Bruke kunnskapen Autonomi Læring Mestringsfølelse	<u>Task significance</u> <u>Task identity</u> Føle seg verdsatt Meningsfylte oppgaver	Sosialt og godt arbeidsmiljø Gode kollegaer Støtte fra kollegaer Kunne snakke med kollegaer om vanskelige spørsmål/tema Sosialt utenom jobb	Bli sett av leder/tilstedeværelse Leders involvering i hver enkelt ansatt Tilgjengelig/synlig leder Medarbeidersamtale
Demotiverende underkategorier					
Ikke konstruktiv tilbakemelding Stopp i faglig utvikling Manglende informasjon/begrunnelse for ting som skjer/kommunikasjon Manglende kontroll/oversikt fra leder Ingenting igjen for å gjøre noe ekstra Detaljstyring Ikke satt av tid til studentveiledning/vikarveiledning Leders manglende forståelse for det som skjer Mer informasjon om hvordan vi faktisk jobber. Kjennskap til resultat av det vi gjør Ikke bli belønnet for å gjøre en god jobb	Holdt utenfor faglige samtaler Ikke samsvar mellom det ulike leger sier Negativ holdning til sykepleierfaget Frustrasjon fra lege Vikarer med manglende innsikt i avdeling og kunnskap	Utenom faglige arbeidsoppgaver Ustrukturerte arbeidsoppgaver/arbeidsdager Gjøre ting andre kunne gjort bedre og til mindre lønn Manglende utstyr/defekt utstyr Bruke mye tid på unødvendig koordinering Svikt i tekniske hjelpemidler		Konflikter Profesjonstolthet Surt arbeidsmiljø Sytekultur i kollegiet	Ikke bli hørt på/forstått Usikkerhet om videre jobb Manglende fleksibilitet Ikke bli lagt merke til Snakke negativt om andre Mangel på folk Maktbruk hos leder

Tabell 6: Hovedkategorier med tilhørende underkategorier

Samtlige av de 75 underkategoriene ble lagt i den hovedkategorien de kunne relateres til slik modellen over viser (større utgave ligger vedlagt, vedlegg 9). Resultatene av den aksiale kodingen er dermed relasjonsinndelingen av underkategoriene. Denne danner grunnlaget for den siste kodingen.

5.4 Resultat og funn av den selektive kodingen

I den selektive kodingen er det meningen å etablere overordnede kategorier eller beskrivelser som skal favne om essensen i underkategoriene. I dette tilfellet blir ikke dette en primær beskrivelse slik grounded theory legger opp til, men det blir flere samlende beskrivelser som fungerer som overordnede etter den inndelingen som kom ut av den aksiale kodingen.

Fremgangsmåten her er å skape et uttrykk eller en beskrivelse som tar hensyn til det forholdet som er i relasjonen mellom underkategoriene slik de er inndelt. Dette samlede uttrykket skal gi en god beskrivelse av det som ligger bak hver kategori og relasjonen disse i mellom. Prosessen kan til tider være nokså krevende og fordrer god innsikt i data. Resultatet av denne prosessen er presentert i modellen under.

Det faglige...		
Lederen	Kollegaene	Oppgavene
Motiverende hovedkategorier		
Den inspirerende, tilretteleggende og tydelige lederen	Tverrfaglig samspill og stimuli	Oppgavenes relevans og utfall, samt mestring og utvikling
Demotiverende hovedkategorier		
Passiv og svakt fundamentert ledelse	Manglende gruppedynamikk	Manglende struktur og utenom faglige faktorer

Det mellommenneskelige...		
Lederen	Kollegaene	Oppgavene
Motiverende hovedkategorier		
Leders tilstedeværelse, og involvering i hver enkelt ansatt	Trygghet og trivsel	Betydningsfulle oppgaver
Demotiverende hovedkategorier		
Neglisjerende og respektløs ledelse	Konflikter og forsura miljø	Betydningsløse oppgaver

Tabell 7: Resultat av den selektive kodingen

Modellen beskriver resultater som bekrefter at det leger og sykepleiere motiveres og demotiveres av, har et konkret skille rundt det som angår faget, og det som angår det mellommenneskelige. Innenfor hver av disse finnes det med dette *medspillere* og *motspillere*. Analysen konkluderer med at det er særlig tre potensielle mot- og medspillere for motivasjon. Det er kollegiet, lederen og oppgavene.

5.4.1 Kollegiet

I kollegiet handler det om i hvilken grad man føler tilhørighet på flere plan. Denne tilhørigheten skal på det mellommenneskelige plan, helt grunnleggende skape en trygg ramme å jobbe innenfor. I tillegg blir man motivert dersom det utover denne tryggheten også finnes et trivselsaspekt. Sykepleierne beskriver trivselsfaktoren som nært knyttet til deres motivasjon. Dette mellommenneskelige, eller relasjonelle aspektet, blir satt på prøve dersom det man motiveres av blir truet. Konflikter mellom kollegaer på det individuelle plan eller på gruppenivå, utfordrer dette trygghetsbehovet. Det reageres med sterk grad av demotivasjon for de som gir beskrivelser av slike konflikter. Konflikter på det individuelle plan har sterkere demotiverende effekt enn de konflikter som skjer på gruppenivå. For sykepleierne er konfliktene ofte relatert til menneskelige faktorer, og handler i stor grad om at det er noen man går bedre overens med enn andre.

- *Konflikter med andre kvinnelige sykepleiere eller leger kan bære preg av hersketeknikker, og virker sterkt demotiverende, litt tydeligere enn når man har konflikter med leger (Sykepleier ved universitetssykehuset)*

Konfliktene som er beskrevet av legene går mer i retning av det faglige. Profesjonsstolthet er et ord som ofte blir brukt som forklaring på hvorfor faglige konflikter oppstår.

Dette aspektet har dermed nær tilknytning til det faglige, og motivasjon og demotivasjon via den faglige tilhørigheten i kollegiet. Her beskriver sykepleierne det som demotiverende å bli holdt utenfor legenes faglige samtaler, dette speiler etter sykepleiernes syn en negativ holdning til sykepleierfaget. Likevel er kanskje det viktigste funnet at kollegiet er en sentral arena for helsearbeiderens motivasjon. En teamstruktur som bygger på et tverrfaglig miljø og samarbeid der veiledning og feedback fra andre kollegaer står sentralt, oppleves som sterkt motiverende. Et moment som fremtrer som særlig sentralt for legenes motivasjon i kollegiet er morgenmøtene. Dette er en arena der legene møtes for å gå gjennom case,

planlegge dagen og drive undervisning. Morgenmøtene er beskrevet både som sterkt demotiverende og sterkt motiverende. Her er noen ulike synspunkt fra forskjellige leger ved universitetssykehuset:

- *Negativt morgenmøte ødelegger heile dagen for alle.*
- *Sterkt motiverende morgenmøter, viktig arena for oppgavefordeling, god arena for læring. Kan også være klart demotiverende.*
- *Lærer mykje av morgenmøte, det er en god motivasjon når man ser mye og lærer mye.*

5.4.2 Lederen

En annen med- og motspiller er lederen. Resultatene viser at lederen har en sentral rolle for legene og sykepleierne sin motivasjon og demotivasjon. På det relasjonelle plan er en tilstedeværende og tilgjengelig leder som ser den enkelte ansatte særlig motiverende. På den andre siden er en neglisjerende leder som ikke lytter til forslag og viser forståelse, spesielt demotiverende. Det er fra legenes side lagt vekt på leders rolle rundt det å avklare usikkerhet rundt videre jobb. I de tilfeller hvor leder ikke tar dette på alvor og ikke setter seg inn i legenes situasjon, har det en sterkt demotiverende effekt, og oppfattes som mangel på respekt.

- *Horribelt for enkelte at man ikke vet hva som skjer i forhold til jobb den neste mnd. Man får sjelden vite hvordan man ligger an, ofte må man spørre selv. Det er umulig å planlegge kjøp av bolig og om man kan slå seg til ro. I tillegg er det urovekkende at ass. legene ofte ikke kan komma med kritiske synspunkt fordi man er redd for konsekvensene. Noen blir utnyttet ved at man blir pålagt alle mulige slags oppgaver. (Lege ved universitetssykehuset).*

På det faglige plan beskrives en motiverende leder i modellen over som en leder som inspirerer, tilrettelegger og er tydelig. En leder som ønsker at den underordnede skal få faglig utvikling og vekst, og legger til rette for dette ved å fordele oppgaver slik at man blir gitt ansvarsområder, får tid til å videreutvikle de egenskapene man har, og får veiledning og feedback underveis, er en leder med stort motivasjonspotensiale.

- *Få lov til å videreutvikle oppgaver man er god, at leder ser dette, og legger til rette for dette (Lege ved universitetssykehuset).*
- *Det er veldig motiverende når leder anerkjenner det man har gjort. Positive tilbakemeldinger, men også konstruktiv kritikk (Sykepleier ved universitetssykehuset).*

Beskrivelser av lederens rolle rundt det faglige avdekker også at lederen har et stort potensiale til å demotivere sine underordnede. Det er under denne kategorien det er opprettet flest underkategorier, og mangfoldet er stort. Modellen over beskriver denne ledelsen som passiv og svakt fundamentert. Den passive delen angår situasjoner hvor lederen framstår som handlingslammet. Beslutninger blir ikke tatt, konflikter blir ikke løst, og en lav grad av kommunikasjon og begrunnelser for valg. Det svake fundamentet kommer av leders manglende innhenting av informasjon, og involvering og forståelse. Dette fører til ledelse uten oversikt og kontroll. Slik ledelse kan komme til uttrykk gjennom fravær av konstruktiv kritikk, eller at man ikke legger merke til den innsatsen som blir lagt ned.

- *Når ingen legger merke til at man gjør en god jobb er dette veldig demotiverende (Lege ved universitetssykehuset).*

5.4.3 Oppgavene

Den siste faktoren som etter denne analysen har vesentlig innvirkning på motivasjon er oppgavene. Oppgavene kan også deles inn etter om de har en faglig eller en relasjonell tilknytning. Innenfor den relasjonelle tilknytningen er hvor betydningsfulle oppgavene er en sentral faktor for deres mulighet til å motivere. Helsearbeiderne blir motivert av oppgaver som har betydning for dem selv og andre. Oppgaver som gjør at man føler seg verdsatt, og som medfører at man får en bekreftelse på ens egen verdi i tilknytning til oppgaven motiverer.

- *Det er ofte godt å være lege fordi man sitter på virkemidla som kan hjelpe pasienten, og dette føles godt. Tror helsearbeidere generelt blir motivert av bekreftelsen av takknemlighet fra andre mennesker, og da i jobbsammenheng pasienten. Man blir opptatt av enkeltskjebner. Bekreftelse fra andre at man er betydningsfull (Lege ved universitetssykehuset).*

Oppgaver som har stor innvirkning på andre menneskers helse beskrives av mange som det som har størst motivasjonspotensiale av alt. Sykepleierne snakker eksplisitt om hvor sentral den mellommenneskelige faktoren i tilknytning til arbeidsoppgaven er. For legene kan denne være litt mer skjult, de snakker oftest om oppgaven i en faglig kontekst.

I hvilken grad oppgavene har en faglig essens, er for noen helt avgjørende. Legene spesielt beskriver oppgaver med faglig innhold som motiverende, og da særlig dersom oppgaven kan knyttes til deres spesialitet eller interesseområde. Oppgaver som ikke har faglig relevans, beskrevet av legene som unødvendige møter eller utfylling av meningsløse papirer, virker på andre siden demotiverende. I tillegg beskrives faktorer som forstyrrer utførelsen av de faglige oppgavene som demotiverende; ustrukturerte arbeidsoppgaver/dager, svikt i teknisk hjelpemidler og manglende eller defekt utstyr.

- *Dårlig IT-utstyr, man føler sykehuset ligger 10 år bak det man har hjemme i stuen. DRG-innsatsstyrt finansiering, fokuset på dette er blitt for omfattende.(Lege ved universitetssykehuset)*

For sykepleierne spesielt går det mye tid vekk i unødvendig koordinering, der man ser at det går utover tiden med pasienten.

- *Bruker veldig mye tid i telefon og på koordinering, kanskje unødvendig mye tid på koordinering, det er vel egentlig dette mesteparten av tiden går til (Sykepleier ved universitetssykehuset).*

Resultatet av den jobben man gjør står også sentralt for flere, men er ofte knyttet direkte til den oppgaven man selv gjorde, og ikke nødvendigvis til utfallet totalt sett. Videre er det å få oppgaver som er krevende, men innenfor det man kan håndtere sentralt. Dette virker motiverende i den sammenheng at man både får mestringsfølelse og en faglig utvikling.

For mange oppgaver kombinert med for lite folk fører til arbeidspress. Dette er av de fleste beskrevet som demotiverende.

- *Urealistisk arbeidsmengde i forhold til tid, der man ser at her ryker lunsjen og det blir en sen ettermiddag. Marginal bemanning på legesiden, det grenser opp mot det uforsvarlige på enkelte vakter (Lege ved universitetssykehuset).*

I noen tilfeller er presset blitt så høyt at det å slutte ble eneste utvei.

- *Jeg kan gi et eksempel: Jeg tok for en stund tilbake permisjon fra en annen plass som jeg jobbet, vi var veldig mange som gjorde det omtrent samtidig, og det var på grunn av at vi alltid var for lite folk, det var altfor mange arbeidsoppgaver. Du våknet av meldinger når du hadde fri fordi de trengte folk på jobb, du fikk aldri legevistitt, ja og du gikk hele tiden og gav beskjed til sjefen, og tilbakemeldinger, ingen ting ble bedre, og flere og flere ble sykemeldt, og alle ville slutte og det var veldig dårlig stemning. Vi ble nedbemannet, og det skulle bli færre oppgaver, men det ble det ikke. (Sykepleier ved universitetssykehuset).*

5.4.4 Hva med pasienten?

Hva så med pasienten? Blir ikke leger og sykepleiere motivert av pasientene? Pasientene er sentral for helsearbeiderens motivasjon, og er for mange grunnen til at man ble helsearbeider. Konkrete eksempler på dette er disse sitatene fra sykepleiere ved universitetssykehuset:

- *Gjøre noe for syke mennesker som er helt avhengige av oss, gjøre den store forskjellen, er veldig motiverende. Dette gjør at man yter bedre, men det er litt mangelvare i en travel hverdag*
- *Jobbe med mennesker, det er det grunnleggende en helsearbeider blir motivert av.*

Resultatene illustrer likevel at pasienten i liten grad eksplisitt blir nevnt som en motivasjonskilde, men pasientmotivasjonen er innbakt i ønsket om å bli faglig dyktig og å få oppgaver som gir man muligheten til å hjelpe pasienten. Det kanskje mest sentrale funnet i data som bekrefter dette, er oppgavekarakteristikaen «task significance», som er den kategorien flest av respondentene hadde beskrivelser rundt. Dette indikerer at motivasjon knyttet til den jobben man gjør med pasienten er stor.

Slik det kan fremstå, er det av respondentene fokusert på motivasjon og demotivasjon til forhold som kan påvirkes. Selv om pasienten ikke blir nevnt eksplisitt, kommer det tydelig frem gjennom datainnsamlingen at pasientbehandling er målet, men fokuset ligger på å få gjort oppgavene så riktig som mulig.

5.4.5 Andre motivasjonsfaktorer

Utover de resultater som til nå er nevnt er det også gjort funn som illustrerer at ytre motivasjonsfaktorer også kan ha påvirkning på motivasjonene til helsearbeiderne. Eksempel på slike forhold er frukt på jobben, kursing, julebord og barnehage. Resultatene går i retning av at man ville blitt mer motivert dersom det hadde blitt økt bruk av frynsegoder.

- *Frukt på jobben har effekt, betalt julebord hadde vært greit. Vi har jo stor kantine, nyoppussa lokaler. Vi er veldig lette å motivere. (Sykepleier ved universitetssykehuset).*
- *Folk blir kjempeglad den dagen man får frukt, man går på kurs og blir veldig glad for å få en penn (Sykepleier ved universitetssykehuset).*
- *Kunne av og til blitt satt litt mer pris på med sånne virkemiddel, vi betaler kaffen selv, spanderer sjokolade på hverandre, men vi har litt og det blir det satt pris på (Sykepleier ved universitetssykehuset)*

Det eksisterer ikke så mange frynsegoder i norske sykehus, og funnene indikerer at slike virkemiddel kan ha en effekt, og at det nødvendigvis ikke avhenger av et stort omfang. Likevel fremstår ikke dette som et sentralt fokus. For noen handler frynsegoder også om å få jobbe mer med det man virkelig ønsker, som disse to svarene på spørsmål om hvilke frynsegoder de ville blitt motivert av:

- *Overtidsvakter (Lege ved universitetssykehuset)*
- *En ekstra operasjonsdag, som bytte mot poliklinikkdag (Lege ved universitetssykehuset)*

Modellen og beskrivelsene over blir utgangspunktet for diskusjonen i utredningen. I tillegg vil det søkes støtte i alle de tre delene av analysen. Blant annet vil analysen i den aksiale kodingen stå sentralt når man skal diskutere forskjellene mellom sykepleiere og leger.

6.0 Diskusjon

I denne delen vil resultatene og funnene diskuteres med utgangspunkt i utredningens fokus og teori som er presentert tidligere. I tillegg vil det hentes inn teori og litteratur der det ansees som nødvendig for å få en tilstrekkelig belysning av funnene. Diskusjonen vil utover dette relateres til dagsaktuelle tema knyttet til vår spesialisthelsetjeneste. Diskusjonens struktur legges opp etter den overordnede resultatmodellen som ble presentert i delen over og deles dermed inn i tre deler - oppgavene, kollegiet og lederen. Resultatene som ble presentert i denne modellen står sentralt i diskusjonen.

6.1 Oppgavene

I denne utredningen har karakteristika ved den jobben man gjør, altså de arbeidsoppgavene man utfører, stått sentralt. Det har helt fra starten av vært en antakelse om at sentrale karakteristika med oppgavene er viktig for helsearbeidernes motivasjon. Funnene i resultatdelen over bekrefter at jobbkarakteristikamodellen til Hackman og Oldham (1980) samsvarer godt på flere punkter med hva som motiverer disse arbeiderne. I særlig grad finner man samsvar mellom karakteristikken «task significance» *oppgavens betydning*, og motivasjon. Dersom man går tilbake til del 3 av utredningen og ser hva en helsearbeider skal gjøre og hvem helsearbeideren er, med utgangspunkt i Hippokrates ed, og legenes og sykepleiernes etiske retningslinjer, er det klart at helsearbeiderne burde ha mulighet for å finne motivasjon i slike oppgaver, og det gjør de. Karakteristikken «skill variety», *utfordrende og mangfoldige oppgaver*, har en sterk faglig tilknytning fordi kategorien omfatter oppgaver som er faglig utfordrende og av mangfoldig karakter. Både legen og sykepleierne opplever utfordrende oppgaver som motiverende, likevel viser resultatene en forskjell i fokus mellom legene og sykepleierne. Legene beskriver en avhengighet til faglig utfordrende oppgaver, og begrunner dette med faglig utvikling og vekst. En stopp i denne utviklingen gjør at man seiler akterut i løpet av kort tid. Derfor beskriver også legene utenomfaglige oppgaver som sterkt demotiverende. Det kan virke som at legene motiveres av deres forventninger til å oppnå noen ønskede mål med den jobben de gjør, i henhold til de kognitive motivasjonsteoriene som er utledet tidligere. Slik det ser ut kan målet være å bli en sterk fagperson. Her spiller nok den medisinske utviklingen og muligheten for forfremmelse en rolle. Nyutdannede leger starter i sykehus som LIS-leger (Lege i spesialisering), dette impliserer at man fremdeles er

under utdanning. En slik tilnærming gjør et faglig fokus til en naturlig innretning for legene. Flere av legene uttrykker også stor grad av respekt overfor dominerende medisinske fagpersoner som befinner seg høyere oppe i det medisinske hierarkiet. Et slikt hierarki legger forholdene til rette for et ønske om faglig vekst. Sykepleierne blir også motivert av oppgavene, men disse er av en mer relasjonell art. Oppgavene til sykepleierne er generelt av en mer mellommenneskelig type. Sykepleierne har stor grad av pasientkontakt og arbeider ofte tett med andre kollegaer. Det mellommenneskelige står også sentralt gjennom hele deres studie. Begge grupper blir motivert av det å få tilbakemelding «feedback» fra den jobben de gjør. Altså, det å se resultatet. Denne kan nok diskuteres i sammenheng med «task identity», som handler om å få tilknytning til utfallet og kjennskap til oppgavens fra A til Å. Utfordringen for mange er at man ikke får følge pasienten fra A til Å, dermed mister man ofte denne sentrale tilbakemeldingen og en eventuell tilknytning til utfallet. Ofte blir det opp til en selv å oppsøke informasjon om hva utfallet ble. Når man får en slik tilbakemelding har dette påvirkning på motivasjonen. Det kan jo da selvsagt stilles spørsmål ved om det burde utarbeides et system for lettere å kunne gi slik feedback. Det at helsearbeidere bruker dødsannonser for å finne ut hvordan det gikk med pasienten de behandlet gir et beskrivende bilde.

Det er til dels store forskjeller mellom leger og sykepleiere knyttet til hvilke av de ulike karakteristikaene i JCM de blir motivert av, samt *hva man blir motivert av* innenfor karakteristikaene. I teoridelen ble det utledet tre ulike moderatorer som kunne virke inn på i hvor stor grad man responderte på modellen eller ikke. Det er på ingen måte utenkelig, slik det ble beskrevet over, at de grunnleggende forskjellene knyttet til legenes og sykepleiernes behov for utvikling i kunnskap og ferdigheter, samt et mulig skille i vekstbehov, kan virke inn på deres vektlegging av de ulike karakteristikaene. Leger og sykepleiere er jo som det innledningsvis ble beskrevet forskjellige på mange områder. Likevel ble begge grupper definert som kunnskapsarbeidere. Med bakgrunn i den forskjellen som fremkommer i data kan det være grunnlag for å spørre om det å definere sykepleiere som kunnskapsarbeidere var litt forhastet. Legger man andre definisjoner til grunn faller sykepleierne utenfor, blant annet på grunn av manglende spesialisering og ekspertise. Forskjellen i resultatene kan være et resultat av denne ulikheten mellom legene og sykepleierne. Morgeson og Humphrey (2006) sine kunnskapskarakteristika som ble presentert tidligere kan også gi en mulig

forklaring på forskjellene mellom leger og sykepleiere. Det kan se ut til at samsvaret mellom legenes arbeid og kunnskapskarakteristikaene er større, enn de er for sykepleiernes arbeid. Blant annet kan det nok tenkes at jobbkompleksitet (arbeidsoppgavens vanskelighetsgrad), informasjonsprosessering (grad av kognitiv bearbeidelse i arbeidet) og problemløsning (krav om nye ideer) samsvarer bedre med legens arbeidsoppgaver enn sykepleiernes. Som det ble beskrevet under del 3.1 er det ofte legens som skal finne ut hva som skal gjøres med pasienten, mens sykepleierne ofte får dette beskrevet. Det første krever nok mer enn det siste med hensyn til kunnskapskarakteristikaene. Tilfredshet med arbeidskonteksten spiller også en rolle. Dersom sykepleiere og lege har en generell lav jobbtildfredshet vil dette spille inn på deres mulighet til å respondere positivt på jobberikelse. Momentene over, som indikerer at det er forskjeller mellom sykepleiere og leger, kan også tenkes å ha implikasjoner for hvordan man skal organisere og lede denne gruppen samlet. Skal disse gruppene, i tillegg til hjelpepleiere og andre, inngå i et fremtidig tverrfaglig team rundt pasienten, kan det at disse gruppene på flere områder motiveres av ulike faktorer, ha innvirkning også på lederens tilnærming.

Den ene karakteristikaen som foreløpig ikke er diskutert er autonomi. Autonomi i arbeidet skal i henhold til JCT øke arbeiderens ansvarlighet for utfallet av den jobben man gjør. Denne kan knyttes mot «task identity» i forhold til det å danne en tilknytning til utfallet av jobben. I media har det vært fokusert på dette enorme antallet leger og sykepleiere som er innom og gir behandling til hver enkelt pasient. Per Fugelli skriver i kronikken «Engangsleger» i Aftenposten 3. feb. 2011, følgende:

- *Jeg møtte i løpet av min sykdom 37 leger, de fleste bare én, noen to, ytterst få tre ganger. Ingen konsultasjon varte i mer enn seks minutter. Ikke et ondt ord om en eneste av disse legene, men et ondt ord vil jeg si om en profesjonell kultur som setter tingliggjøring av pasienten i konsekvent system. Den personlige legen er død i norske sykehus.*

Gjennom datainnsamlingen ble det beskrevet hendelser som tenderer mot det samme. En sykepleier ved universitetssykehuset beskrev det på denne måten:

- *De går vitetter på ulike dager, den ene dagen går en lege, neste dag kommer det en ny. Og stiller spørsmålsteget ved det som ble gjort dagen før, og endrer, og sånn fortsetter*

det. Dette er veldig demotiverende. Det er også en pulverisering av ansvar, ingen vil ta dette ansvaret, det finnes ingen postansvarlig lege. Det fungerer ikke. Det er veldig demotiverende.

Bergens Tidende viet den 14. april 2012 hele sin fremside til Trygve Hillestad sin kreftbehandling, med tittel «Så mange ansatte må til for å gjøre en kreftpasient frisk» i teksten stod følgende:

- *Sykehuset har regnet ut at 116 ansatte var involvert i pasient Hillestad. Da er alle fra kokker til kontorpersonell medregnet, og alle var selvsagt ikke i direkte kontakt med mannen i sykesengen, men svært mange var også det.*

Selv om jobbkarakteristikamodellen setter autonomi i sammenheng med opplevelse av ansvar for utfallet av jobben, og man ikke finner dette i særlig grad hos respondentene, kan det være at denne kritiske psykologiske tilstanden blir stimulert på andre måter. Det er i alle tilfeller sentralt for utfallet av pasientbehandlingen at de ansatte inntar en slik tilstand. Likevel antyder beskrivelsene over at denne følelsen av ansvar for pasienten skal fordeles på veldig mange. Kan det tenkes at pasientbehandlingen er fordelt utover på et så stort antall ansatte at ingen inntar den kritiske psykologiske tilstanden; å virkelig oppleve ansvar for utfallet av jobben? Dersom det er slik at ansvaret pulveriseres utover på et slikt antall ansatte, kan dette også ha konsekvenser for utfallene motivasjon, jobbtilfredshet og effektivitet i henhold til JCT modellen. I tillegg kommer alle andre utfall en slik måte å arbeide på kan tenkes å ha. Det fremstår som urovekkende dersom det oppstår en distanse til utfallet av den jobben man gjør. I resultatdelen ble det beskrevet at respondentene snakket i liten grad om pasienten som en direkte motivasjonskilde. Det ble konkludert med at pasientmotivasjonen var innbakt i det å utføre oppgaven så godt som mulig, og at man ble motivert til dette fordi man hadde en formening om *betydningen av oppgaven*. Men kan det også være at pasienten ikke nevnes fordi som Per Fugelli skriver «den personlige legen er død i norske sykehus»? Man har ikke på grunn av arbeidspress, og det at man utfører kun bruddstykker av den totale behandlingen rundt pasienten, ingen tilknytning til utfallet «task identity» av det man gjør? Skulle denne indikasjonen medføre riktighet, er det kanskje det mest sentrale funnet i data. I tillegg til at det impliserer at en tverrfaglig teamstruktur rundt behandlingen av pasienten må vurderes. I sykehus er pasienten delt opp i mange deler som

følge av spesialisering. Utfordringen dette fører med seg er at pasienten rent fysisk er et helt individ. Spesialisering er viktig fordi dette medfører økt kunnskap og bedre medisinsk behandling. Men kan det forsvare at ingen også tar ansvar for hele individet? Setter man denne utviklingen opp mot de etiske retningslinjene for leger og sykepleiere som er beskrevet over, virker det tilsynelatende som at identiteten til helsearbeiderens arbeid er endret. Eller illustrer disse etiske retningslinjene en tilværelse som er langt unna det nye helsevesenet man ser i dag?

En transformasjonsleders sentrale oppgaver er i følge Bass (1985); for det første å endre og motiverer medarbeiderne ved å gjøre dem mer bevisst på konsekvensene av arbeidsoppgavene, for det andre få dem til å gå utover egen interesse for fellesskapets skyld, og for det tredje motivere medarbeiderne gjennom å aktivere deres behov for personlig utvikling og selvrealisering. Flere av utfordringene over ser ut til, blant annet, å kunne løses ved en slik ledertilnærming.

Selv om vi har konkludert med samsvar mellom flere av de fem jobbkarakteristikaene og hva respondentene motiveres av, er det likevel en del kategorier som ikke kan forklares innenfor denne modellen. I all hovedsak kan disse samles i første omgang under begrepet sosiale/relasjonelle forhold. Oldham og Hackman (2010) har selv nokså nylig revidert sin egen modell. I denne artikkelen tar de opp at det er en rekke forhold som har endret seg siden utviklingen av den første modellen. Særlig i forhold til sosiale aspekter ved jobben er der skjedd en utvikling, mener de. I denne artikkelen henviser de til en større review gjort av Humphery, Nahrgang og Morgeson (2007). Deres meta-analytiske studie tok for seg 259 jobb design studier. Humphery et al. (2007) presenterer en modell som utvider motivasjonskarakteristikaene, blant annet med mulighet for spesialisering, som i resultatene over fremstod som noe både leger og sykepleiere ble motivert av. I tillegg utvides modellen med sosiale karakteristika, som sosial støtte, tilbakemelding fra andre og avhengighet, og kontekstuelle karakteristika som arbeidsforhold (Humphery et al. 2007). Grant, Fried og Juillerat (2010) fremhever samme behovet som de nevnte. Jobbkarateristika forklarer ikke nok alene, de løfter frem sosiale karakteristika og kunnskapskarakteristika som sentrale i den nye organisasjonshverdagen (Grant et al. 2007). Samtlige av de tre artiklene over etterspør ny forskning rundt sentrale karakteristika ved jobb design.

Alle de tre artiklene understøtter også de funnene som er gjort i denne utredningen, nemlig at flere forhold ikke kan forklares med den første modellen. De to neste delene av diskusjonen tar opp disse faktorene.

6.2 Kollegiet

Kollegaene til helsearbeiderne har fått en egen plass i resultatdelen av denne utredningen. De fleste av respondentene snakker om kollegaene og deres rolle i påvirkning av motivasjonen. I resultatdelen over ble også kollegiets rolle delt i to, en faglig rolle og en mellommenneskelig rolle. *Trygghet og trivsel* var de to ordene som kunne beskrive kollegiets mellommenneskelige mulighet til å påvirke motivasjonen. Ser vi igjen tilbake til motivasjonsteorigjennomgangen over er det spesielt en gruppe av teorier som kan forklare hvorfor man finner motivasjon i kollegiet, nemlig behovsteoriene. Den kanskje mest kjente av disse er Maslows behovhierarki. Han plasserer trygghetsbehov på nivå to i hierarkiet sitt, like etter fysiologiske behov. Denne tryggheten omhandler blant annet det å ha en trygg jobb. Videre handler det om kjente omgivelser, og det å være trygg på de man jobber med, som typisk kjennetegnes ved et stabilt miljø. Ved konflikter blir denne trygghetsfølelsen ustabil. En sentral demotiverende faktor som kom tydelig frem i data er bruk av korte vikariater, særlig blant LIS legene. Det at man ikke vet om det vil komme penger inn på konto neste måned og om man må bytte avdeling og kollegium er for enkelte svært tyngende. Mange av de som besitter disse vikariatene har økonomiske forpliktelser som hus og barn. Utfordringen de møter er den manglende forståelsen for hvorfor de ikke kan få noen garantier for videre jobb. Enkelte beskriver også en demotiverende tilleggsfaktor, nemlig at de føler seg misbrukt ved at enkelte overleger overfører store mengder arbeid, fordi de befinner seg i en situasjon hvor de ikke tør å gi beskjed av frykt for konsekvensene. Det fremstår som nokså klart at disse momentene har stort demotiverende potensiale i seg nettopp fordi de rokker ved tryggheten til de ansatte. Resultatene avdekker at trivsel i kollegiet virker motiverende, mens et forsura miljø er demotiverende. Nok en gang kan man finne støtte for dette funnet i Maslows hierarki. Sosiale behov som godt arbeidsmiljø og tilhørighet i kollegiet er eksempel Maslow bruker på dette (Steers og Porter 1991). Sosiale behov er rangert som nummer tre i hierarkiet. Utfordringen er at det er lite funn i data som antyder at man ikke kan bli motivert av sosiale behov dersom man ikke har

trygghetsbehovet dekket. En LIS-lege blir motivert av et godt arbeidsmiljø selv om det ikke er sikkert man har jobb neste måned. Dette var en av tankene til Maslow, nemlig at man måtte få dekket de lavere rang behovene først, dermed et hierarki. Aldersfers ERG-teori har ikke denne rangeringen, og dekker de overstående behovene gjennom sine kategorier eksistens og relasjon. Dette gjør at denne teorien i tillegg til å underbygge funnene, også tar hensyn til det faktum at disse ikke blir rangert av arbeiderne. En amerikansk studie på helsearbeidere integrerte Maslows hierarki som et forsøk på å forstå motivasjon blant helsearbeidere, disse konkluderte med at man i den sterkt endrende arbeidsdagen til helsearbeidere, med fokus på å gjøre mer med mindre, bør sørge for at helsearbeiderne føler seg *secure, needed and appreciated*. (Benson og Dundis 2003).

Det at kollegiet fungerer som et forum for faglig stimuli og motivasjon er på mange måter forventet. I et slikt kunnskapskollegie med sterke fagpersoner er det store muligheter til å bli faglig stimulert dersom de som besitter kunnskapen er villig til å dele. Som vi beskrev tidligere er det et antatt behov blant kunnskapsarbeider å få arbeide sammen med andre medlemmer av samme profesjon (Lines et al. 2011). I resultatet beskrives det som særlig viktig for legene å få feedback fra en annen lege, og at dette stort sett fungerer godt innenfor profesjonen. Sykepleierne beskriver det å bli faglig stimulert og få feedback av legene som viktig. I tillegg beskrives det et ønske om å inngå i et tverrfaglig team rundt pasientbehandlingen, noe som også står sentralt for flere av legene. Likevel er det for sykepleierne beskrevet som sterk demotiverende å bli holdt utenfor faglige samtaler og at de formidles en negativ holdning til sykepleierfaget. Er slike holdninger uttrykk for at man ikke mener sykepleierne er faglig sterke nok? En slik holdning bygger i alle tilfeller opp til utfordringer dersom man skal samles som et team i pasientbehandlingen. Det handler om betydelig fravær av gruppedynamikk. Noen leger er så opptatt av fag at alt som er utenom har liten, eller ingen relevans eller interesse. Når disse møter sykepleiere med et langt lavere faglig fokus og i tillegg et sterkt mellommenneskelig fokus, er det forståelig at man ender opp med beskrivelser om at leger og sykepleiere på samme avdeling ikke engang kan snakke sammen. Den store utfordringen da blir - hva må endres? Legestudiet slik det fremstår i dag handler i stor grad om det medisinske faget. Gjennom studiet og inn i sykehus er belønningene i utstrakt grad relatert til den faglige dyktigheten. De faglig dyktige kommer seg opp og frem. For LIS-legene, som er i en presset situasjon i forhold til videre jobb, blir

fokuset rettet inn mot det som blir belønnet. Dersom det er å være faglig dyktig, ja da fokuserer man på den faglige delen av oppgaven. Er man da i tillegg under høyt arbeidspress, vil dette være den eneste delen av oppgaven man gjør. Det kan selvsagt være at dette er en rasjonell tilnærming. Noen sier kanskje: *Jeg vil heller ha en dyktig lege enn et godt menneske ved min side når jeg er syk*. Men er det slik at vi befinner oss i en «enten eller tilværelse», eller burde man i større grad belønne «både og»? Denne sterke faglige belønningstilnærmingen kan tilbakeføres til forventningsteori, og det faktum at man utfører oppgaver som man forventer fører til en gitt belønning (Lewis et al. 1990), utfordringer her er hva som belønnes. På samme måte løfter denne problemstillingen frem målsettingsteori, og hvilke mål det styres etter. Et sentralt moment i denne teorien er det å sette mål for den underordnede, og gi tilbakemelding på hvordan man gjør det i forhold til målet, men hva er egentlig målet det styres etter?

Sykepleierstudiet har store fag av dyptgående mellommenneskelig karakter, men opplever manglende tid til at en slik tilnærming kan vektlegges. For at leger og sykepleiere skal fungere sammen i tverrfaglige team rundt pasienten, må dette starte med å endre noen sentrale momenter rundt hva man tenker behandling av syke mennesker skal handle om. Pasienten som et helt individ må settes i fokus, og dette fokuset må klargjøres allerede ved studiestart.

Kollegiet står både faglig og mellommenneskelig i fokus for helsearbeiderne. Her søker de trygghet, støtte, trivsel, tilbakemeldinger og annerkjennelse. Men er ikke dette også lederens oppgaver? Står kollegiet så sentralt fordi det er et substitutt for ledelse? I så fall impliserer det at slik ledelse mangler. I den neste delen skal leders rolle som motivator diskuteres.

6.3 Lederen

Leder har stor mulighet til både *direkte* og *indirekte* å påvirke de ansattes motivasjon. Beskrivelser som er gitt fra respondentene bekrefter at leder har påvirkning på jobbkarakteristika ved blant annet å sørge for at hver ansatte får oppgaver som både er mangfoldige og utfordrende (skill variety). Lederen kan også tildele ansatte ansvar for enkelt oppgaver eller større områder (responsibility). I tillegg har leder gjennom sin posisjon

mulighet til å bygge opp under oppgavens betydning. Her handler det om å formidle hvor betydningsfulle (significance) oppgavene som blir gjort er. Samtlige av disse momentene treffer jobbkarakteristikamodellen på ulike områder. Noe som underbygger den innledende analysemodellen. En tilretteleggende leder står derfor sentralt. Videre står rettferdig oppgavefordeling sentralt for de fleste. Hovedvekten er lagt mot det teorien beskriver som prosedyrerettferdighet. Respondentene vektlegger i stor grad åpenhet og medvirkning rundt disse beslutningene. Og det beskrives en forståelse for at en rettferdig fordeling av goder og byrder ikke er like lett, og ikke alltid like konstruktiv. Det etterlyses faktisk en mer fornuftig fordeling av oppgaver som underbygger den enkelte ansattes ressurser. Det vises her både til ønske om å bli bedre i en oppgave man har interesse for og er dyktig til, og det at man ser at en slik inndeling både vil øke det faglige nivået og bedre gjennomføringen av oppgaven. For mange ligger det flere motivasjonsaspekter i det å differensiere seg faglig fra kollegiet. Oppgavefordeling kan lederen gjøre direkte mot enkeltansatte og grupper av ansatte, eller det kan gjøres indirekte via strukturelle endringer i avdelingene. Disse funnene samsvarer med funn Lines med flere (2011) gjorde i en studie med 64 norske ledere om hva de mente sine kunnskapsarbeidere ble motivert av. Disse beskrev at deres arbeidere ble motivert av jobbinnhold – det å få faglige utfordringer og fordype seg, begrunnelser for beslutninger, og jobbdesign – gjennom fordeling av oppgaver. Et sentralt moment i prosedyrerettferdighetsteori er akkurat det at den underordnede må få følelsen av å bli respektert og hørt. Dette kan oppnås ved å gi tilbakemeldinger og inkludere den underordnede i beslutningsprosesser.

I resultatmodellen konkluderes det med funn som indikerer at leders direkte rolle overfor sine enkeltansatte har overhengende motivasjonspotensiale. Respondentene blir sterkt motivert av en tilstedeværende, involverende, inspirerende og tydelig leder. Først og fremst illustrerer dette at helsearbeidere ønsker en aktiv, og ikke en passiv leder. Passiv og svakt fundamentert ledelse, med en leder som neglisjerer sentrale faktorer i avdelingene blir beskrevet som svært demotiverende. Den aktive lederen bør, i tillegg til å være tilretteleggende som ble beskrevet over, være konkret i tilbakemeldingene til sine ansatte og tørre å involvere seg i hver enkelt ansatt. For noen handler dette om et klapp på skulderen når man har gjort en god jobb. For andre er det et ønske om at leder har forståelse for situasjoner som er vanskelige på jobben, men også hjemme. Man kan av og til få inntrykk av

at lederen ikke er klar over at man også har et liv utenfor sykehusdøren. Konkrete forum hvor slikt kan gjøres mer formelt, er morgenmøter, rapporter og lunsjpauser, når man vil nå hele grupper, og medarbeidersamtale dersom det angår enkeltansatte. Noen av respondentene har jobbet på sykehuset i mange år, og har enda ikke deltatt i en medarbeidersamtale. Involveringen i de ansatte bør for øvrig skje på en uformell basis i løpet av arbeidsdagen. De samme beskrivelsene ble gjort av ledere av kunnskapsarbeidere (Lines et al. 2011). Lederne mente at det å bli sett og lagt merke til, og få tilbakemelding fra lederen står sentralt for disse arbeiderne. I tillegg ønsket de en tydelig leder som var klar i sine prioriteringer, noe som gjenspeiler at man blir motivert av prosedyrerettferdighet.

Det er et skille mellom sykepleiere og leger for hva som bør ligge til grunn for det å bli sett. Leders faglige kompetanse spiller inn på i hvilken grad legene kan bli faglig motivert av lederen sin. Det er i mange tilfeller slik at leder ikke er faglig overordnet sine ansatte. Dette gjør at den faglige feedbacken fra leder blir nærmest verdiløs for disse sterke fagpersonene. Resultatene indikerer at lederen i slike tilfeller trekker seg unna, man blir rett og slett faglig satt på plass av sine underordnede. For disse ansatte fremstår lederen slik det er i dag som en hygienefaktor slik Herzberg beskriver disse. Lederen kan demotivere på mange måter, men vil vanskelig kunne motivere fordi man vektlegger faglig motivasjon. Dette er et generelt uttrykk gjennom data, nemlig at det i særlig grad vektlegges motivasjonsfaktorer som er knyttet til arbeidsoppgavens innhold, slik Herzberg også beskriver det (Herzberg et al. 1993). En lege ved universitetssykehuset skildrer det på denne måten:

- *Det å være kirurg er forbundet med en kultur, det er ikke tradisjon for å gå rundt å klappe hverandre på skulderen, man må motivere seg selv. Gjennom det skjer det nok en naturlig seleksjon av de som håndterer det. Det er nok generasjonspreg på det. Det er individuelt i hvor stor grad man trenger å bli motivert av andre. Man blir sett ved at man får nye arbeidsoppgaver som er krevende, dette fungerer som en bekreftelse på at man er god nok. Det vil si at det skjer ikke ved at noen setter sed ned med deg og forteller deg hvor flink du har vært. Det betyr likevel mye dersom man får det, særlig fra seniorene. Men det kan ikke bli slik at hver gang man gjør noe riktig så skal man få skryt og tilbakemelding. Man må kunne yte litt uten å få dette tilbake.*

Likevel kommer det også frem at lederen kan motivere disse ansatte ved hjelp av andre aspekter. Disse ansatte bør motiveres ved at det inngås en relasjon mellom lederen og den ansatte. En slik lederstil kan blant annet knyttes til transformasjonsledelse. Likevel legger mange leger vekt på å inngå transaksjoner med sine ledere. Et konkret eksempel på dette var legen som, for å ta på seg en konkret oppgave for lederen, ønsket et bytte mellom en poliklinikkdag og en operasjonsdag. Legene gjør disse byttene for å tilfredsstille deres egeninteresse. Slik lederstil er et uttrykk for transaksjonsledelse (Bass 2008). Flere leger vektla denne formen for transaksjoner med leder når man ble satt til ulike oppgaver. Dette illustrerer at legene muligens bør ledes med en blanding av de to. Man kan inngå transaksjoner for å motivere legene faglig, lede de gjennom et bytteforhold med faglige komponenter. Og man bør våge å være transformasjonell på det mellommenneskelige plan. For sykepleierne fremstår en lederstil som ligger mot det transformasjonelle særlig nært. De ønsker en leder som bryr seg og som ser de som enkeltansatte. Når lederen er fraværende på dette området blir andre sykepleierkollegaer sentrale i denne rollen. For både legene og sykepleieren virker en verdifundert ledelse motiverende. En leder som i tillegg til å se dem som enkeltindivider, også har en inngående forståelse for legene og sykepleierne sine grunnleggende verdier. For legene betyr dette en forståelse og respekt for deres behov for faglig stimuli og vekst, for sykepleierne en forståelse av hvor viktig det er å få mulighet til å behandle hele pasienten.

Om en leder bør være oppgaveorientert eller relasjonsorientert overfor sine ansatte avhenger i stor grad av hvilken situasjon det ledes i (Bass 2008). I tillegg vektlegges momenter rundt karakteristika ved de som ledes som avgjørende (ibid). Fiedlers lederskapsmodell (Fiedler 1967) deler situasjonen det ledes i inn i tre; forholdet mellom leder og underordnet, oppgavens grad av struktur og leders formelle myndighet. Dette medfører et spenn fra gunstig situasjon til ugunstig alt etter score på de tre situasjonsvariablene. Studier viser at oppgaveorientering er å foretrekke ved veldig gunstige eller ugunstige situasjoner, mens relasjonsorientering foretrekkes for situasjoner med middels score. Videre skiller Hersey og Blanchard (1977) mellom karakteristika ved de ansatte i forhold til om de bør ledes med en oppgave- eller relasjonsorientering. Fokuset her er ansattes grad av modenhet, denne deles i to; arbeidsrelatert kunnskap og ferdighet, og selvsikkerhet og følelse av selvrespekt. Forskning rundt dette viser at man bør ha en

oppgaveorientert tilnærming til ansatte med lav modenhet. Ansatte med middels modenhet bør ledes med en relasjonsorientering, mens ansatte med høy modenhet bør få delegert ansvar for egen ledelse, altså i større grad selvledelse. Bass (2008) konkluderer likevel med at ledere som behersker begge ledertilnærmingene vil gjøre det best. Resultatene av denne studien viser at sykepleierne har en sterkere tilknytning til leders relasjonelle tilnærming, mens legene er sterkt tilknyttet til en oppgaveorientering. Likevel viser resultatene at både sykepleiere og leger kan reagere positivt på begge tilnærminger, og at mye avhenger av hvilke situasjon det ledes i.

Når det gjelder bruk av transaksjonsledelse eller transformasjonsledelse konkluderer Bass (2008) med det samme her. Han beskriver transformasjonsledelse som en utvidet utgave av transaksjonsledelse, og trekker derfor mot at denne bør stå sentralt, også med bakgrunn i at den er omfattende testet med gode resultater. En leder som hverken driver transaksjonsledelse eller transformasjonsledelse er en passiv leder (ibid). Konklusjonen til Bass som trekker mot transformasjonsledelse, underbygges også av en større studie gjennomført på 122 sykepleiere, som viste en positiv relasjon mellom sykepleieledere som benyttet transformasjonsledelse og de ansattes jobbtildfredshet (Medley og Larochelle 1995). En ny studie ved NHH med utgangspunkt i AFFs lederundersøkelse (2011) (Lines og Sandvik 2012), viser at kunnskapsarbeidere responderer mer positivt på en aktiv ledelse fremfor passiv. Den aktive lederen i denne studien er operasjonalisert ved transformasjonsledelse. Denne studien samsvarer godt med de funnene som er beskrevet over, og at HRPLTA (Hire the Right People and Leave Them Alone)(Davenport 2005) tanken kanskje ikke er så gyldig likevel.

Resultatene knyttet til lederens rolle som tilrettelegger for motivasjon er i stor grad knyttet til *hva man ville blitt motivert av*, og ikke nødvendigvis *hva man blir motivert av*. Situasjonen i sykehusene i dag er blandet. Det har vært et fokus på enhetlig ledelse i sykehus, men dette ønsket fra politisk hold ser i stor grad ut til å ha uteblitt i den virkelige hverdagen. Når enhetsledelse skulle innføres, og man skulle vekk fra at det var en leder for sykepleierne som var sykepleier, og en leder for legen som var lege, ble det ramaskrik innenfor begge profesjoner. Hvem som er den beste lederen av en sykepleier eller en lege er godt utenfor hva denne utredningen har grunnlag for å besvare. Likevel er det av interesse å se på i hvor stor grad den ledelsesstrukturen som blir brukt i dag er forenelig med de funn som er

presentert over. «Dagens medisin» skriver i en nyhetsartikkel om Oslo universitetssykehus, at leder er til stede i 18 av 59 avdelinger under fusjonen mellom sykehusene. Dette kan naturlig nok være en konsekvens av fusjonen, men slike funn bekreftes også gjennom datainnsamlingen i denne utredningen. Ved flere avdelinger er det samme leder ved tre ulike avdelinger, dette vil si at to av disse avdelingene til enhver tid ikke har stedlig ledelse. Funnene over, der respondentene beskriver et ønske om en leder som ser hver enkelt ansatte, har oversikt, gir feedback, allokterer ressursene på en god måte, samsvarer ikke med hvordan ledelsen er organisert. En «ikke-tilstedeværende leder» vil få store utfordringer med å være en transformasjonsleder. Praktiserer man selvledelse vil ikke behovet for å være tilstede være like stor, likevel krever selvledelse tett oppfølging i perioder for at den skal fremstå som en *kontrollert og dynamisk prosess*, slik det ble beskrevet i teoridelen. Ukontrollert selvledelse bærer preg av Laissez-faire ledelse. Resultatene antyder et savn etter en leder. Beskrivelsene minner om at lederne driver administrasjon mer enn ledelse. Det hele handler om timelister, lønn, turnus oppgavefordeling og budsjetter, men i liten grad ledelse. Hvem er det som skal fylle lederens rolle og gjøre det en leder bør gjøre? Finnes det slike ledere på avdelingsnivå? En hovedoppgave fra 2001 viser at sykepleielederen driver for mye administrasjon, mens legene er fagledere i for stor grad. Videre konkluderes det med at den enhetlig todelte ledelsen som disse to skal samarbeide om ikke fungerer (Normann 2001).

Resultatene fra intervjuene i denne utredningen indikerer at begge grupper av «ledere» *driver for lite ledelse*. Hva kan være grunnen til dette? Har legene vanskelig for å gi slipp på sin faglige tilknytning? Har ikke sykepleierne det som skal til for å tørre å være en transformasjonsleder overfor sterke fagpersoner? Det er urimelig å tro at det å både være faglig overordnet, og være en god leder, er forenlig. Begge deler hver for seg vil kreve det man har av kapasitet. Høyt fokus på det ene vil gå ut over det andre. *Gode fagfolk er ofte ikke de beste lederne fordi de er blitt så faglig orientert at de mangler lyst (og kompetanse) til å utøve personalansvar* (Grund, J. *Kunnskapsorganisasjoner—hva er ledelse- og styringsutfordringene*. Magma 2/2006).

Det kan være flere grunner til at man driver mer administrasjon enn ledelse. Først og fremst kan det være egenskaper eller ferdigheter ved de som leder som er utfordringen. For det andre kan det være at det ikke er frigitt tid og ressurser til å *drive ledelse*. Og for det tredje

kan det være at administrasjonen, gjennom lederens stillingsbeskrivelse, ikke har gjort det klart nok hva som inngår som lederens viktigste oppgaver.

Funnene i analysen indikerer at helsearbeiderne etterspør større grad av ledelse. Dette bør være en aktiv ledelse som tar utgangspunkt i å motivere de underordnede på den måten hver og en av disse best kan motiveres. Dette krever involvering i, og forståelse av, den enkelte ansatte. Da er det behov for dyktige ledere som gir seg over og fokuserer på denne oppgaven alene.

I avslutningen av avsnittet om kollegiet ble det stilt spørsmål om kollegiet, slik det er i dag, fungerer som et substitutt til ledelse, og at kollegiet har fått en så sentral posisjon fordi man opplever manglende ledelse. Det er vanskelig å gi et presist svar på dette med det datagrunnlaget som er tilgjengelig, likevel observerer man at flere av de rollene som lederen vanligvis har er flyttet over i kollegiet. Hadde ikke kollegiet hatt denne rollen er det vanskelig å forestille seg hvor motivasjonen til mange skulle komme fra. Det som likevel er urovekkende er at det da blir opp til tilfeldighetene om man er omgitt av et kollegium som bidrar til slik motivasjon. Har man ikke en samlende leder som bygger opp under et samlet kollegium, vil det med stor sannsynlighet danne seg grupperinger innad i kollegiet fra ulike profesjoner, og ideen om tverrfaglige team forblir akkurat det.

Avslutningsvis i denne diskusjonsdelen presenteres en modell med en oversikt over hvordan respondentene beskrev det å være motivert og det å være demotivert. Dette presenteres ikke i resultatdelen fordi atferd og utfall av disse tilstandene ligger utenfor denne utredningens hovedfokus. Likevel er det for temaet sin del sentralt, og kan gi et «rådata-innblikk» i konsekvensene av det å ha motiverte ansatte kontra demotiverte ansatte.

Atferd/utfall av det å være motivert	
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeider med effektiv • Ting går raskere unna • Bidrar til faglig utvikling • Indre glede • Glede over neste oppgave, neste arbeidsdag • Gleder seg til å gå på jobb • Jobben blir lettere, mer effektiv, mer strukturert • Lettere å håndtere stress • Lettere å møte folk, det smilet som man ønsker å gi • Lyst til å arbeide, godt humør, opplagt, god stemning. • Dagen går fort • Mer positiv overfor pasientene og kollegaer • Mer effektiv, mer fleksibel, lettere å ta tak • Glad, lettere, fornøyd • Glede med å komme på jobb • Tilfredsstillelse • Dagene går fort • Strekker seg lenger • Ser ting som må gjøres • Utkvilt • Mestringsfølelse • Brennende engasjement for oppgaven • Påvirker kvaliteten på det man gjør • Spenning lære noe nytt • Dagene går veldig for, man glemmer nesten tid og sted. Ting flyter 	<ul style="list-style-type: none"> • Godt humør • Tar i et ekstra tak • Lavere terskel for å utvikle seg selv faglig utenfor arbeidstiden. Drive forskning." • Jobber forttere og mer effektivt • Skuldrene er senka • Lettere å møte andre, smiler mye • Fått ein ekstra sprett i skoa • Glede over å gå på jobb • Kjekt på jobb • Ønsker å bidra utover det som kreves • Glad, opplagt • Glemmer andre forhold som virker demotiverende • Brette opp armene, ser på det positive • Tro på seg selv • Arbeidet går lettere • Lettere å lære opp andre • Vekker interesse • Glede • Iver etter å jobbe • Lettere å stå opp av senga • Yter ekstra • Lyst til å fortsette • Ting kjennes riktig • Ekstra energi, går lettere laus på ting
Atferd/utfall av det å være demotivert	
<ul style="list-style-type: none"> • Viktigheten av arbeidet forsvinner • Tenker at andre kunne gjort jobben • Meninga med å gå på jobb forsvinner • Frustrasjon • Irritasjon • Mister lysten til å jobb • Kan medføre at man skifter jobb • Alt blir tyngre • Tungt • Tungt, alt blir et ork, sterk smitteeffekt • demotiverte personer legger en demper på alle • Man går på tå og hev • Trøtt, sliten, negativt, apati • Oppgitthet. Sint • Gir litt mindre av seg selv • Forknytt kropp • Stress som blir med heim • Tankevern som er plagsom • Våken om natta • Har ikke lyst å gå på jobb. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kunne ein heller funne seg noko anna å gjer. • Får lyst til å slutte • Gi opp • Melder seg frivillig til å være heime med sykt barn • Trøtt, sliten • Ikke lyst til å være tilstede • Usikker på seg selv • Utrygghet • Utsette ting • Slite med å komme i gang • Lett å gjøre feil • Tungt å gå på jobb • Ork å hjelpe andre • Ser fram til å bli ferdig • Ingen bidrag utover akkurat det som kreves • Ubehag • Yter dårlig • Liten lysten til å gå i gang med ting, større tendens til å trekke seg vekk fra arbeidsoppgaver • Ingen lyst til læring og videreutvikling

Tabell 8: Rådata oversikt over atferd/utfall av motivasjon/demotivasjon

Dette illustrerer hva man har å tjene på å sette fokus på motivasjon av disse ansatte, selv om dette nok ikke skiller seg i særlig grad fra andre typer ansatte. Forskjellen er likevel så stor i utfall mellom det å være motivert kontra demotivert, at det vil være feilslått å stole på at helsearbeidere alltid vil være motiverte fordi de arbeider med menneskers helse.

7.0 Konklusjon

Det overordnede målet med denne utredningen var å kartlegge *hva som* motiverer sykepleiere og leger i norske sykehus, samt *hvilken mulighet lederen* har til å påvirke denne motivasjonen. Den pre-strukturerte analysemodellen tok utgangspunkt i at helsearbeiderne ble direkte og indirekte motivert av ledelse. Lederen kunne motivere sine ansatte *indirekte* ved å påvirke sentrale jobbkaraktetika, her gitt ved jobbkaraktetika modellen til Hackman og Oldham, og *direkte* ved blant annet å velge den lederstilen som gjør at kunnskapsarbeidere blir motivert til å jobbe.

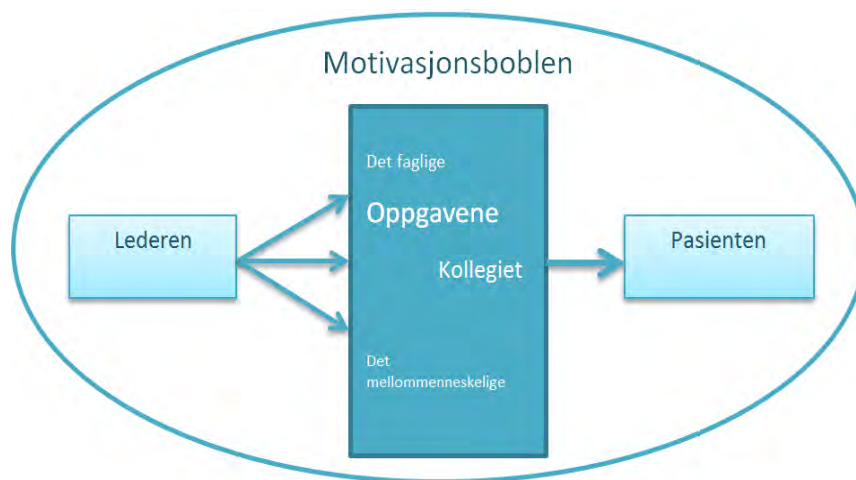
Resultatene fra dybdeintervjuene konkluderer med et høyt samsvar mellom de sentrale jobbkaraktetikaene og hvilke faktorer helsearbeidere blir motivert av. I særlig grad finner man en stor match mellom disse karaktetikaene og legenes motivasjonskilder. Likevel konkluderes det med at det er flere momenter jobbkaraktetika modellen ikke fanger opp. Det krever en bredere tilnærming til datagrunnlaget. De fem karaktetikaene blir derfor inkludert i en slik analyse. Ut fra denne analysen konkluderes det med at helsearbeiderne sin motivasjon er knyttet til tre faktorer - disse er *oppgavene de utfører, kollegiet de arbeider i, og lederen som leder de*, der jobbkaraktetika inngår som en del av oppgavene de gjør.

For både legene og sykepleieren er en motiverende oppgave en oppgave som har nær tilknytning til deres studium. Dette er oppgaver som inneholder de grunnleggende faktorene de er lært opp til gjennom sin profesjonsutdanning. For legene er det et overhengende medisinskfaglig fokus, og det relasjonelle er mindre vektlagt. For sykepleierne er de betydningsfulle oppgavene de mest motiverende, og helst oppgaver med et relasjonelt innhold. Faktorer som fjerner disse gruppene fra muligheten til å utføre slike oppgaver virker sterkt demotiverende. Eksempel på slike faktorer er dårlig struktur og organisering, unødvendig koordinering, meningsløse møter og dårlige eller defekte hjelpemidler.

Helsearbeideren finner motivasjon i kollegiet ved at grunnleggende behov blir dekket. Kollegiet motiverer når det gir trygghet og trivsel, og demotiverer når disse behovene blir truet ved konflikter og et surt arbeidsmiljø. Videre kan kollegiet motiverer ved å være den faglige stimulansen utenom arbeidsoppgavene. Legene henter denne stimulansen i hovedsak fra andre leger, mens sykepleierne henter den fra både legene og andre sykepleiere. Denne stimulansen blir ofte utfordret på grunn av manglende gruppedynamikk

både mellom, og innenfor profesjonene. Flere av funnene som relateres til kollegiet kunne like gjerne vært relatert til lederen. Kan dette bety at kollegiet fungerer som er substitutt for ledelse?

Funnene rundt lederens rolle er av spesiell interesse. Lederen har både en direkte og en indirekte påvirkning på de ansattes motivasjon. *Indirekte* er dette relatert til muligheten til å påvirke alt som ligger rundt den ansatte, inkludert tilrettelegging for de fem jobbkaraktistikaene. *Direkte* er det relatert til lederens rolle overfor hver enkelt ansatt i det å være en involverende og tilstedeværende leder. Dersom det er noe ved oppgavene eller kollegiet som kan påvirkes, så er det lederen som har mulighet til å gjøre dette. Funn relatert til forskjeller mellom sykepleiere og leger, vitner om at det her kreves en finstemt innstilling hos lederen. Lederen kan fordele oppgavene rettferdig, gi ansvar, tilrettelegge for faglig stimuli, redusere arbeidspresset og skape struktur i arbeidet - med andre ord tilrettelegge for det faglige. Det er også lederen som kan skape trygghet og trivsel, inspirere og være involverende – som setter fokus på det mellommenneskelige aspektet.



Figur 8: Motivasjonsboblen

Det hele starter med lederen og ender med pasienten. Motivasjonsboblen over indikerer følgende: skal man påvirke de ansattes motivasjon må dette starte med en aktiv leder, som legger til rette for en best mulig balanse mellom de sentrale motivasjonsfaktorene. Hvilken lederstil som egner seg best for denne oppgaven, vil kunne besvares gjennom videre forskning. Likevel, utredningens kartlegging rundt motivasjonens rolle blant leger og sykepleiere, synes å fordre en ytterligere bevisstgjøring rundt ledelse, for slik å optimalisere driften, og der i, arbeidet til våre viktigste ansatte.

8.0 Videre forskning

Denne studien har på mange måter vært en kartleggingsstudie av hva som motiverer og demotiverer sykehusansatte. På dette området spesielt er det lite tidligere forskning av samme type. I tillegg er forskning på kunnskapsarbeidere generelt også begrenset. Det er godt dokumentert at motivasjon spiller en stor rolle for disse kunnskapsorganisasjonene, og med dette som utgangspunkt burde man også forvente å se en økning i interessen rundt det å avdekke hva disse arbeiderne blir motivert av (Lines et al. 2011). Som det ble beskrevet innledningsvis står helsevesenet ovenfor store utfordringer de nærmeste årene. Det må finnes flere måter å løse disse utfordringene på. En ting er likevel sikkert, har man ikke motiverte ansatte, kan man snu opp og ned på budsjetter, strategiplaner og organisasjonskart, med det eneste resultat at papir og blekk forspilles. Mer kunnskap om dette temaet handler om å begynne med det grunnleggende.

Denne utredningen har et begrenset utvalg med et nokså bredt fokus. Det er derfor sentralt å få enda mer forskning med samme utgangspunkt. Videre bør denne kartleggingen brukes som grunnlag for utarbeiding av en kvantitativ studie, som har som mål å tallfeste betydningen av de motivasjonsfaktorene som er kommet ut av denne studien. En videre kartlegging av lederen, og hva de faktisk gjør for å motivere sine underordnede, er også av stor interesse siden lederens rolle fremstår som sentral. Samtlige studier bør ha som utgangspunkt å gi økt kunnskap om hvilke faktorer som motiverer og demotiverer, og i hvilken grad disse motiverer eller demotiverer. Dette vil gi et utgangspunkt for hva det bør gjøres mer av og hva det bør gjøres mindre av.

9.0 Begrensninger

Denne utredningen har flere begrensninger. Først av alt er dette en masterutredning. Masterstudenter driver ofte forskning av denne dimensjonen for første gang, det er også tilfellet i denne utredningen. Dette kan ha hatt implikasjoner på flere forhold i utredningen. Likevel er utredningen gjennomført med god veiledning som begrenser disse implikasjonene. Utover dette er det grunnlag for å presisere følgende begrensninger

Teoretiske

Denne utredningen har tatt for seg to svært store teoribolker, nemlig ledelsesteori og motivasjonsteori. Innenfor hver av disse eksisterer det et enormt antall ulike teorier. I denne utredningen er et utvalg av disse presentert. Dette er gjort på grunnlag av teori som retter seg mot feltet kunnskapsarbeidere. Likevel er det mange teorier innenfor dette feltet som ikke er med. Denne utredningen skulle bygge på en induktiv tilnærming innenfor en deduktiv ramme, derfor var det naturlig å begrense teoridelen til å være et rammeverk av få men sentrale teorier. Begrensningen teoretisk ligger i om riktige teorier og relevant litteratur er valgt ut både i teoridelen og i diskusjonsdelen. Som uerfaren forsker mangler man et teoretisk fundament, og dette må tilegnes innenfor en kort tidsramme, det er derfor sannsynlig at sentrale momenter teoretisk blir forbigått.

Metodisk

Utredningens empiriske omfang er også begrenset. I denne utredningen er det gjennomført 16 dybdeintervju på i underkant av en time hver. I masteroppgavesammenheng er dette et stort omfang, men innenfor forskning generelt nokså begrenset. Hovedårsaken er at denne utredningen skal skrives i løpet av et semester. Utover det å ha flere respondenter, ville det også vært ønskelig å kunne intervjuere ledere ved universitetssykehuset. Dette ville gjort kartleggingen enda bredere, og med et enda større fokus på lederens rolle. Selve gjennomføringen av datainnsamlingen gikk fint, men det er likevel grunnlag for å spørre om det som kommer frem er godt fundamentert i virkeligheten. Svarer respondentene det de mener, eller forsøker de å gi de «riktige svarene»? Dette er forsøkt håndtert ved å spørre om beskrivelser av situasjoner og erfaringer, isteden for en liste over ting som motiverer eller demotiverer. Respondentene er kun delt etter to kjennetegn, nemlig sykepleiere og leger.

Respondentene kunne også vært skilt på andre måter, eksempelvis kjønn, alder, spesialisering og type avdelingstilknytning. Dette er ikke gjort fordi det ville satt nye krav til utvelgelse av respondenter, det ville også komplisert analysen og det ville mulig medført et behov for å utvide utvalget. Dette er en klar begrensning med studien.

Dataanalysen er gjort ved en utgave av grounded theory, dette er ansett som en krevende analysemetode. Det at man forsker for første gang gjør den ikke mindre krevende. Det er vanskelig å vurdere om dette er gjort riktig, derfor er det fokusert på å presentere funnene stegvis slik analysen ble gjennomført. Det var til tider en svært krevende prosess å forholde seg til så store mengder data. Det er gjort et bevisst valg å ikke transkribere all data fra A til Å. Dette kan selvsagt være en begrensning fordi man ikke får den oversikten over data en slik metode vil gi.

Praktisk

En praktisk begrensning er at denne utredningen er gjennomført innenfor et semester. En lenger tidsperiode ville særlig kunne utvide den teoretiske gjennomgangen av litteratur knyttet til temaet, og det empiriske omfanget kunne blitt utvidet. Det har også gått mye tid med til å få tak i frivillige respondenter, og til selve gjennomføringen av intervjuene. I mange tilfeller ble bare et intervju gjennomført på oppsatte intervjudager. Spart tid her kunne blant annet vært benyttet til å gjennomføre flere intervju. Det ble også av praktiske årsaker ikke mulig å gjennomføre den planlagte intervjustrukturen slik den ble presentert i metodedelen. Gjennomføring av denne planen ville endret studiens omfang.

Litteraturliste

- Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren*. Samlaget. Oslo.
- Abraham Maslow (1968). *Toward a psychology of being. An Insight book*. D. Van Nostrand. New York
- Adams, J. S. (1963): Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67: 422-436.
- Adair, J. (1990). *Understanding Motivation*. Talbot Adair Press. Surrey.
- Aftenposten. Per Fugelli. Kronikk. 3. feb. 2011. *Engangsleger*.
<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article4017032.ece> (12.06.12)
- Alderfer, C.P. (1972). *Existence, relatedness, and growth*. Free Press. New York.
- Ambrose, M.L. og C. T. Kulik (1999). Old Friends, New Faces: Motivation Research in the 1990s. *Journal of Management*. Vol. 25, No. 3, 231-292.
- Bass, B. M. (1985) *Leadership and Performance Beyond Expectations*. Free Press. New York.
- Bass, B. M. (2008). *The Bass Handbook og Leadership. Theory, research, and managerial applications*. (4th ed.) Free Press. New York.
- Benson, S.G. og S.P. Dundis (2003). Understanding and motivating health care employees: integrating Maslow`s hierarchy of needs, training and technology. *Journal of Nursing Management*, 11, 315-320.
- Bergens Tidende. Cathrine Krane Hansen. Nyhetsartikkel. 14. apr. 2012: *Så mange ansatte må til for å gjøre en kreftpasient frisk*. <http://www.bt.no/nyheter/Sa-mange-ansatte-ma-til-for-a-gjore-en-kreftpasient-frisk-2685990.html> (12.06.12)
- Bogdan, A. (2008) Motivational Issues in Knowledge Work. *Informatica Economica Journal*, XII (4), side 36-38.
- Busch, T. (2011) i Irgens, E. J. og G. Wennes (red.) *Kunnskapsarbeid – om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Fagbokforlaget. Bergen
- Christensen, P.H. og N.J. Foss (2011). Utfordringer ved motivasjon og ledelse av kunnskapsarbeidere. *Magma – Econas tidsskrift for økonomi og ledelse* (3/2011) s. 41-48.
- Corbin, J. og A. Strauss. (2008). *Basics of Qualitative Research* (3e). SAGE Publications. Los Angeles

- Dagens Medisin. Nyhetsartikkel. *Leder til stede i 18 av 59 avdelinger*.
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/leder-til-stede-i-18-av-59-avdelinger/>
 (13.06.12).
- Davenport, T.H. (2005) *Thinking for a Living*. Boston: MA, HBS Press
- Deci, E.L., R.M. Ryan og R. Koestner. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125, 627-668.
- Drucker, P. F. (1957) *Landmarks of Tomorrow: a report on the new "post-modern" world*. Transaction Publishers. New York
- Einarsen, S. og A. Skogstad (red.) (2007). *Det gode arbeidsmiljø – krav og utfordringer*. Fagbokforlaget. Bergen
- Fiedler, F. E. (1967). *A Theory of Leadership Effectiveness*. McGraw-Hill. New York.
- Grant, A.M., Y. Fried og T. Juillerat (2010) Work matters: Job design in classic and contemporary perspectives. In S. Zedeck (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology*, Vol. 2, ch. 13, pp. 417-454.
- Grund, J. (2006). Kunnskapsorganisasjoner – hva er ledelses- og styringsutfordringene? *Magma – Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*. (2/2006).
- Haukedal, W. (2005). *Arbeids- og lederpsykologi* (7. utg.). Cappelen Akademiske Forlag. Oslo.
- Haukedal, W. (2007) i Einarsen, S. og A. Skogstad (red.). *Det gode arbeidsmiljø – krav og utfordringer*. Fagbokforlaget. Bergen
- Hackman, J. R. og G. R. Oldham (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279
- Hackman, J. R og G. R. Oldham (1980). *Work redesign*. Addison-Wesley Publishing Company, Reading. Massachusetts.
- Hein, H.H. (2008). Ledelse av primadonnaer – myter og fakta. *Lederne - Ledelse I dag* feb. 2/2008.
- Helsetilsynet. *Oversikt over helsepersonell i Norge*.
<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/> (15.03.12)
- Helsetilsynet. *Oversikt over personer med helseautorisasjon i Norge*.
<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-helsepersonellkategorier/> (15.03.12)

- Hersey, P. og Blanchard, K.H. (1977). *Management of organizational behavior: Utilizing human resources*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Herzberg, F., B. Mausner, B.B. Snyderman. (1993). *The motivation to work*. Transaction Publishers. New Brunswick.
- Hillestad, T. (2000). Kunsten og lede kunnskapsarbeidere. *Magma – Econas tidsskrift for økonomi og ledelse* (2/2000).
- Houghton, J.D. og S.K. Yoho (2005). Toward a Contingency Model of Leadership and Psychological Empowerment: When Should Self-Leadership Be Encouraged? *Journal of Leadership & Organizational Studies* (Baker College), 11(4):65-83.
- Humphery, S.E., J. D. Nahrgang og F.P. Morgeson (2007) Integrating Motivational, Social, and Contextual Work Design Features: A Meta-Analytic Summary and Theoretical Extension of the Work Design Literature. *Journal of Applied Psychology* Vol. 92, No. 5, 1332-1356.
- Hvalvik, Sigrun (2004) Om kallstanken og moderniseringen av sykepleie. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 6 (2004), nr. 2, s. 24-34
- Irgens, E. J. og G. Wennes (red.) (2011) *Kunnskapsarbeid – om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Irgens, E.J. (2007). *Profesjon og organisasjon – å arbeide som profesjonutdannet*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Jacobsen, D. I. og J. Thorsvik (2005). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Jenkins, G.D., N. Gustav og J.D. Shaw. (1998). Are financial incentives related to performance? A meta-analytic review of empirical research. *Journal of Applied Psychology*, 83, 777-787.
- Johannessen, A., P.A. Tufte og L. Kristoffersen. (2004). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag. Oslo.
- Kaufmann, G. og A. Kaufmann. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (3. utg.). Fagbokforlaget. Bergen.
- Kuvaas, B. (2003). An empirical study of work motivation and organizational commitment in a pay-for-performance context. *Upublisert manus*, Handelshøyskolen BI.
- Latham, G. P. og C. C. Pinder (2005). Work motivation theory and research at the dawn of the twenty-first century. *Annual Review of Psychology*, vol. 56.

- Legeforeningen. *Etiske regler for leger*. <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/> (15.03.12)
- Lewis, C.T., J.E. Garcia og S.M. Jobs. (1990). *Managerial Skills in Organizations*. Allyn and Bacon. Massachusetts.
- Lines, R. (2011)(1). Verdiskaping og verdiforringelse gjennom ledelse av kunnskapsarbeidere. *Magma – Econas tidsskrift for økonomi og ledelse* (3/2011).
- Lines, R. (2011)(2). Forskningsbasert viten om motivasjon av kunnskapsarbeidere. *Magma – Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*. (3/2011).
- Lines, R., I.J. Henjesand og E.B. Christophersen. (2011). Motivasjon via ledelse av kunnskapsarbeidere. *Forprosjektrapport*. Abelia.
- Lines, R. og A. Sandvik (2012). *Verdiskaping via leiing av kunnskapsarbeidere, tilpasning av lederstiler og effekt på medarbeidere*. Institutt for strategi og leiing. NHH. Upublisert.
- Lovdata. Helsepersonelloven. <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#4> (04.06.12).
- Manz, C. C. (1986). Self-leadership: Toward an expanded theory of self-influence processes in organizations. *Academy of Management Review*, 11, 585-600
- Manz, C. C. og H.P. Sims jr. (1987). Leading Workers to Lead Themselves: The External Leadership of Self-Managing Work Teams. *Administrative Science Quarterly* (32): 106-128
- Manz, C. C., og H. P. Sims jr. (1991). SuperLeadership: Beyond the myth of heroic leadership. *Organizational Dynamics*, 19 (4): 18-35.
- Manz, C. C., og H. P. Sims jr. (2001) *The New Superleadership. Leading Others to Lead Themselves*. Berrett-Koehler Publ. San Francisco
- Maslow, A. H. (1967). A theory of metamotivation: The biological rooting of the value life. *Journal of humanistic psychology*. London: SAGE Periodicals Press.
- Medley, F. og D.R. Larochelle (1995). Transformational Leadership and Job Satisfaction. *Nursing Management*, Vol. 26 No. 9.
- Morgeson, F.P. og S.E. Humphrey (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and Validating a Comprehensive Measure for Assessing Job Design and the Nature of Work. *Journal of Applied Psychology*, 91(6):1321-1339.
- Nasjonal Digital Læringsarena: *Maslows behovspyramide*. Bjørn Norheim. <http://ndla.no/nb/node/85351> (23.05.2012)
- Nordhaug, O. (2002). *Kunnskapsledelse. Trender og utfordringer*. Universitetsforlaget. Oslo.

- Normann, L.M. (2001). *Enhetlig todelt ledelse, kraftpotensiale eller konflikt? En deskriptiv studie av sykepleie- og legeledere i sykehus, deres ledelsesformer og oppgaver*. Hovedoppgave, Institutt for sykepleievitenskap. Oslo.
- Oldham, G.R., J.R. Hackman (2010). *Not what it was and not what it will be: The future of job design research*. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 463-479.
- Oslo universitetssykehus. *Faktatall*. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/Sider/side.aspx> (15.03.12)
- Piccolo, R.F., og J.A. Colquitt (2006). Transformational Leadership and Job Behaviors: The Mediating Role of Core Job Characteristics. *Academy of Management Journal*, Vol. 49, No. 2, 327-340.
- Purvanova R.K., J. E. Bono og J. Dzieweczynski (2006). Transformational Leadership, Job Characteristics, and Organizational Citizenship Performance. *HUMAN PERFORMANCE*, 19(1), 1-22
- Sandvik, A.M.(2011). Ledelse av kunnskapsarbeid. *Magma – Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*. (3/2011) s. 56-63.
- Saunders, M., P. Lewis og A. Thornhill. (2009). *Research methods for business students*. Prentice Hall. Pearson Education. Harlow.
- Sims jr., H.P., S. Faraj og S. Yun (2009). When Should a Leader Be Directive or Empowering? How to Develop Your Own Situational Theory of Leadership. *Business Horizons*, 52(2):149-158.
- Steers, R.M og L.W. Porter (1991). *Motivation and work behavior*. (5th ed.) McGraw-Hill. New York.
- Sykepleierforbundet. *Etiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.sykepleierforbundet.no/fag/etikk/etiske-verktoy> (15.03.12)
- Vecchio, R. P., J. E. Justin og C. L. Pearce (2010). Empowering Leadership: An Examination of Mediating Mechanisms within a Hierarchical Structure. *The Leadership Quarterly*, 21 (3): 530-542.
- Yukl, G. (2010) *Leadership in organizations*. Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Zhang, X., og K. M. Bartol. (2010). Linking empowering leadership and employee creativity: the influence of psychological empowerment, intrinsic motivation, and creative process engagement. [Article]. *Academy of Management Journal*, 53(1), 107-128.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til lederne

Informasjon om forskningsprosjekt i forbindelse med masteroppgave ved NHH

Til den det måtte angå

Bakgrunn

Mitt navn er Tormod Gjerde Opdal og jeg er masterstudent ved Norges Handelshøyskole (NHH) her i Bergen. I forbindelse med min masteroppgave som skal skrives denne våren skal jeg skrive rundt temaet motivasjon i kunnskapsorganisasjoner. Veileder for oppgaven er professor Rune Lines som har lang erfaring med temaet motivasjon og forskning rundt kunnskapsarbeidere.

Tema og omfang

Oppgaven skal ta for seg tema motivasjon i kunnskaporganisasjoner, og skal blant annet prøve å finne svar på spørsmål rundt hva som motivere ansatte i norske kunnskapsorganisasjoner. Målet med oppgaven, er at funnene skal kunne bidra med å klargjøre hva det bør gjøres mer eller mindre av for å få mer motiverte ansatte.

I forbindelse med oppgaven er det ønskelig med rundt 20 respondenter/ansatte fra flere avdelinger, med en fordeling av leger og sykepleiere. Slik det er lagt opp inntil videre vil det være behov for 6 ansatte fra hver avdeling, 3 leger og 3 sykepleiere. Et intervju vil ha en varighet på ca. 30 minutter. Det foreslås at leder eller annen representant fra avdelingen som ønsker å delta, sender over kontaktdata til de ansatte som ønsker å delta. Disse vil videre bli kontaktet av undertegnede med grundig informasjon om studien, og avtale møte for gjennomføring av intervju.

Frivillighet og anonymitet

Deltakelse i studien er **frivillig** både for avdelingene som blir forespurt og hver enkelt respondent. Videre er det **avgjørende å presisere at anonymitet står svært sentralt i datainnsamlingen**. Både avdelinger og respondenter **vil være anonymisert** når oppgaven står ferdig. All data som er benyttet i utarbeiding av oppgaven vil **behandles konfidensielt** og kun være tilgjengelig for undertegnede. Videre vil dataene slettes umiddelbart etter at oppgaven står ferdig.

Kontaktinformasjon

For ytterligere informasjon om datainnsamlingen eller oppgaven kan undertegnede kontaktes via mail; tormodopdal@hotmail.com eller via telefon; 41205255.

Håper på at jeg kan få gjennomføre noen intervjuer på din avdeling!

Med vennlig hilsen Tormod Gjerde Opdal

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til respondenter

Til respondenter

Bakgrunn

Mitt navn er Tormod Gjerde Opdal og jeg er masterstudent ved Norges Handelshøyskole (NHH) her i Bergen. I forbindelse med min masteroppgave som skal skrives denne våren skal jeg skrive rundt temaet motivasjon og demotivasjon i norske sykehus. Veileder for oppgaven er professor Rune Lines som har lang erfaring med temaet motivasjon og forskning rundt kunnskapsarbeidere.

Tema, omfang og gjennomføring

Oppgaven skal ta for seg tema motivasjon, demotivasjon og ledelse av kunnskapsarbeidere, og skal blant annet prøve å finne svar på spørsmål rundt hva som motiverer og demotiverer ansatte i norske sykehus. Målet med oppgaven, er at funnene skal kunne bidra med å klargjøre hva det bør gjøres mer eller mindre av for å få mer motiverte ansatte, og da med et særlig fokus på leders rolle i denne sammenhengen.

Det vil bli gjennomført intervjuer med rundt 20 ansatte fra flere ulike avdelinger i....., med en fordeling av leger og sykepleiere. Et intervju vil ha en varighet på ca. 45 minutter. Intervjuene er semi-strukturerte, det betyr at temaet for oppgaven er utgangspunktet for samtalen, og at det i mindre grad blir konkrete spørsmål som skal besvares. Formålet med intervjuet er å forsøke å klargjøre hva som motiverer/demotiverer og hvorfor. Det er altså ikke viktig å få avdekket i hvor stor grad man er motivert eller ikke, men heller bakgrunnen for dette. Før intervjuet er det derfor hensiktsmessig om hver enkelt respondent tenker litt rundt temaet og hva man selv legger i dette. Dette kan være hva man selv tenker om det å være motivert, hvem som har innvirkning på om man er motivert, hvor viktig motivasjon er for en selv og i det arbeidet man gjør, gjør man ting annerledes når man er motivert, osv.

Gjennomføring av intervju vil skje i egnet møterom innenfor sykehusområdet på I utgangspunktet blir det sendt forespørsel om dag, dersom dagen passer blir man enig om tidspunkt denne dagen og møtested, dette fordi møtested først blir booket etter man har avklart dagen intervjuet skal gjennomføres. Leder er informert og samtykker til gjennomføring av intervjuet i arbeidstiden.

Frivillighet, anonymitet og konfidensialitet

Deltakelse i studien er frivillig både for hver enkelt respondent, og man kan når som helst velge å avbryte deltakelsen. Videre er det avgjørende å presisere at anonymitet står svært sentralt i datainnsamlingen. Både avdelinger og respondenter vil være anonymisert når oppgaven står ferdig. All data som er benyttet i utarbeiding av oppgaven vil behandles konfidensielt og kun være tilgjengelig for undertegnede. Videre vil dataene slettes umiddelbart etter at oppgaven står ferdig. Intervjuer har selv undertegnet taushetserklæring, og det vil bli undertegnet eget skjema om anonymitet og konfidensialitet overfor respondenter før intervjuet starter.

Intervjuguide semi-strukturert

Tema: Motivasjon og demotivasjon i norske sykehus

Guiden består av to spørsmålstyper, et hovedspørsmål og et oppfølgingsspørsmål.

Oppfølgingsspørsmål benyttes dersom kandidaten ikke besvarer spørsmålet gjennom besvarelse av hovedspørsmålet.

Introduksjon

- Kort om hva studien handler om.
 - Kort om gjennomføringen av intervjuet.
 - Kort om behandling av data, anonymitet og konfidensialitet. Signering av skjema.
 - Rask gjennomgang av respondenten
 1. Avdeling:
 2. Stilling/utdanning:
 3. Kjønn:
 4. Intervjuobjekt nr:
-

Intervjurunde

1. **Hva kjennetegner en arbeidsdag når du er motivert? (Hovedspørsmål)**
2. **Hva kjennetegner en arbeidsdag når du er demotivert?**
 - Gjør du andre ting eller gjør du ting på en annen måte? (Oppfølgingsspørsmål)
3. **Hvor viktig er motivasjon i ditt arbeid? Hvorfor?**
 - 3b) Varierer dette fra tidligere jobber du har hatt?
4. **Hva er forskjellen på det å være motivert kontra demotivert for deg?**
 - 4b) Hvordan kjennes det å være motivert?
 - 4c) Hvordan kjennes det å være demotivert?
5. **Hva motiverer eller demotiverer deg i forbindelse med jobben?**
 - 5b) Hva har det å si at du er sykepleier/lege for hva som motiverer deg?
6. **Hva tenker du om hva helsearbeidere blir motivert av?**
 - 6b) Hva tror du skal til for at en kollega sier at han/hun er motivert?
7. **Hvilke rolle spiller lederen for ditt motivasjonsnivå?**
 - 7b) Hva gjør lederen når han/hun motiverer deg?
 - 7c) Hva gjør lederen når han/hun demotiverer deg?
 - 7d) Hva hadde skjedd forrige gang du ble motivert av din leder?

- 7e) Hva hadde skjedd forrige gang du ble demotivert av din leder?

8. Andre ting du vil si er viktig for motivasjon blant helsearbeidere?

- 8b) Har du opplevelser/erfaringer med andre ledere som spilte en rolle for din motivasjon?

Avslutning

- Takke for oppmøtet og bidraget
- Slå av opptakeren
- Start gjennomgang av intervjuet (30 min.)

Intervjuguide semi-strukturert

Tema: Motivasjon og demotivasjon i norske sykehus

Guiden består av to spørsmålstyper, et hovedspørsmål og et oppfølgingsspørsmål.

Oppfølgingsspørsmål benyttes dersom kandidaten ikke besvarer spørsmålet gjennom besvarelse av hovedspørsmålet.

Introduksjon

- Kort om hva studien handler om.
 - Kort om gjennomføringen av intervjuet.
 - Kort om behandling av data, anonymitet og konfidensialitet. Signering av skjema.
 - Rask gjennomgang av respondenten
 1. Avdeling:
 2. Stilling/utdanning:
 3. Kjønn:
 4. Intervjuobjekt nr:
-

Intervjurunde

1. **Hva kjennetegner en arbeidsdag når du er motivert? (Hovedspørsmål)**
2. **Hva kjennetegner en arbeidsdag når du er demotivert?**
 - Gjør du andre ting eller gjør du ting på en annen måte? (Oppfølgingsspørsmål)
3. **Hvor viktig er motivasjon i ditt arbeid? Hvorfor?**
4. **Hva er forskjellen på det å være motivert kontra demotivert for deg?**
 - 4a) Hvordan kjennes det å være motivert?
 - 4b) Hvordan kjennes det å være demotivert?
5. **Hva motiverer eller demotiverer deg i forbindelse med jobben?**
 - 5a) Hvor viktig er det å få kjennskap til resultatet av den jobben du har gjort for din motivasjon?
6. **Hva tenker du om hva helsearbeidere blir motivert av?**
 - 5b) Hva tror du skal til for at en kollega sier at han/hun er motivert?
7. **Hvilke rolle spiller lederen for ditt motivasjonsnivå?**
 - 7a) Hva gjør lederen når han/hun motiverer deg, når skjedde dette sist, hva?
 - 7b) Hva kunne lederen gjort for å motivere deg?
 - 7c) Hva gjør lederen når han/hun demotiverer deg, når skjedde dette sist, hva?
 - 7d) Hva kunne lederne gjort for og demotivere deg?
8. **Andre ting?**

- 8a) Andre ting som virker motiverende for deg eller for helsearbeidere generelt?
- 8b) Andre ting som virker demotiverende for deg eller for helsearbeidere generelt?

Avslutning

- Takke for oppmøtet og bidraget
- Slå av opptakeren
- Start gjennomgang av intervjuet (30 min.)

Intervjuguide semi-strukturert

Tema: Motivasjon og demotivasjon i norske sykehus

Guiden består av to spørsmålstyper, et hovedspørsmål og et oppfølgingsspørsmål.

Oppfølgingsspørsmål benyttes dersom kandidaten ikke besvarer spørsmålet gjennom besvarelse av hovedspørsmålet.

Introduksjon

- Kort om hva studien handler om.
- Kort om gjennomføringen av intervjuet.
- Kort om behandling av data, anonymitet og konfidensialitet. Signering av skjema.
- Rask gjennomgang av respondenten
 1. Avdeling:
 2. Stilling/utdanning:
 3. Kjønn:
 4. Intervjuobjekt nr:

Intervjurunde

- 1. Hva kjennetegner en arbeidsdag når du er motivert? (Hovedspørsmål)**
- 2. Hva kjennetegner en arbeidsdag når du er demotivert?**
- 3. Hvor viktig er motivasjon i ditt arbeid? Hvorfor?**
- 4. Hva er forskjellen på det å være motivert kontra demotivert for deg?**
 - 4a) Hvordan kjennes det å være motivert?
 - 4b) Hvordan kjennes det å være demotivert?
- 5. Hva motiverer eller demotiverer deg i forbindelse med jobben?**
 - 5a) Hva har det å si at du er sykepleier/lege for hva som motiverer deg?
 - 5b) Hvor viktig er det å få kjennskap til resultatet av den jobben du har gjort for din motivasjon?
- 6. Hva tenker du om hva helsearbeidere blir motivert av?**
- 7. Hvilke rolle spiller lederen for ditt motivasjonsnivå?**
 - 7a) Hva gjør lederen når han/hun motiverer deg, når skjedde dette sist, hva?
 - 7b) Hva kunne lederen gjort for å motivere deg?
 - 7c) Hva gjør lederen når han/hun demotiverer deg, når skjedde dette sist, hva?
 - 7d) Hva kunne lederne gjort for og demotivere deg?
 - 7 e) Når lederen fordeler oppgaver, har måten dette blir gjort på, og hvilke oppgaver du får betydning for din motivasjon?

- 7 f) Hvilke virkemiddel/hjelpemiddel bruker lederen for at du skal bli motivert til å gå løs på en arbeidsoppgave?

8. Andre ting?

- 8a) Andre ting som virker motiverende for deg eller for helsearbeidere generelt?
- 8b) Andre ting som virker demotiverende for deg eller for helsearbeidere generelt?

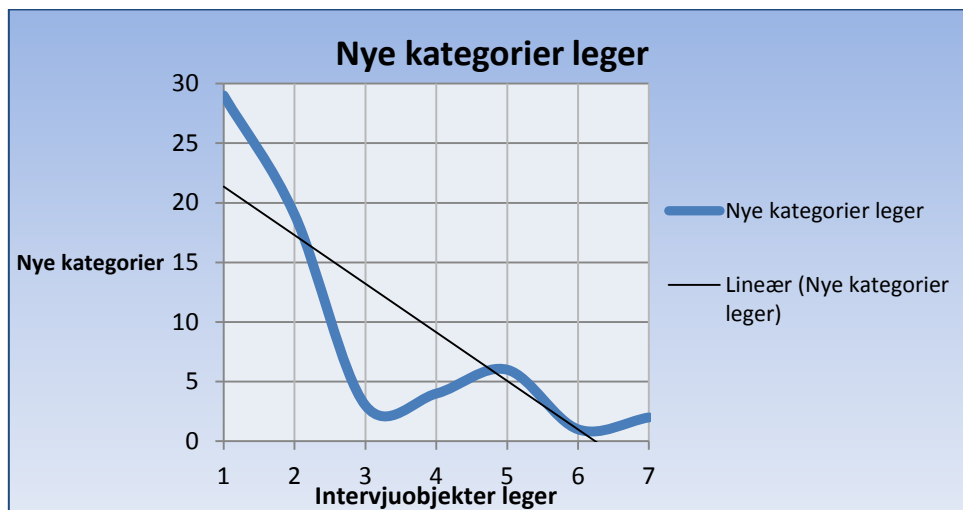
Avslutning

- Takke for oppmøtet og bidraget
- Slå av opptakeren
- Start gjennomgang av intervjuet (30 min.)

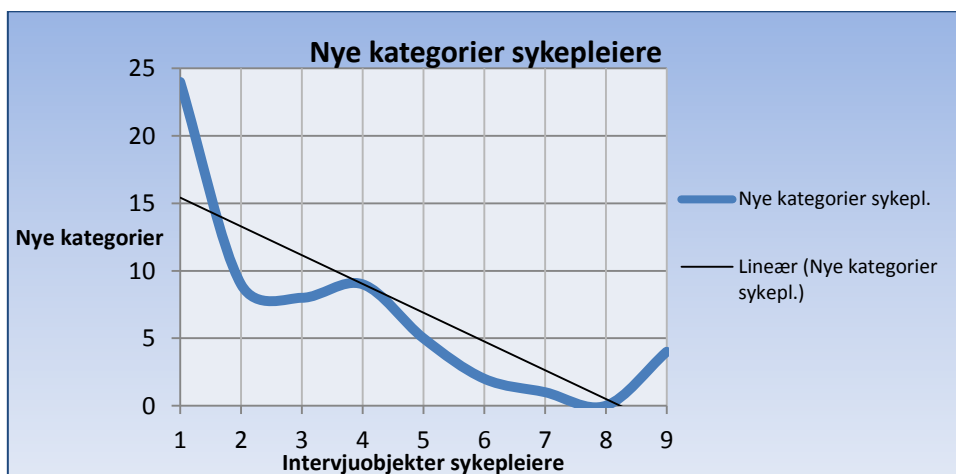
Vedlegg 6: Oversikt over nye kategorier i dataanalysen



Oversikt over nye kategorier (samlet) i analysen



Oversikt over nye kategorier (leger) i analysen



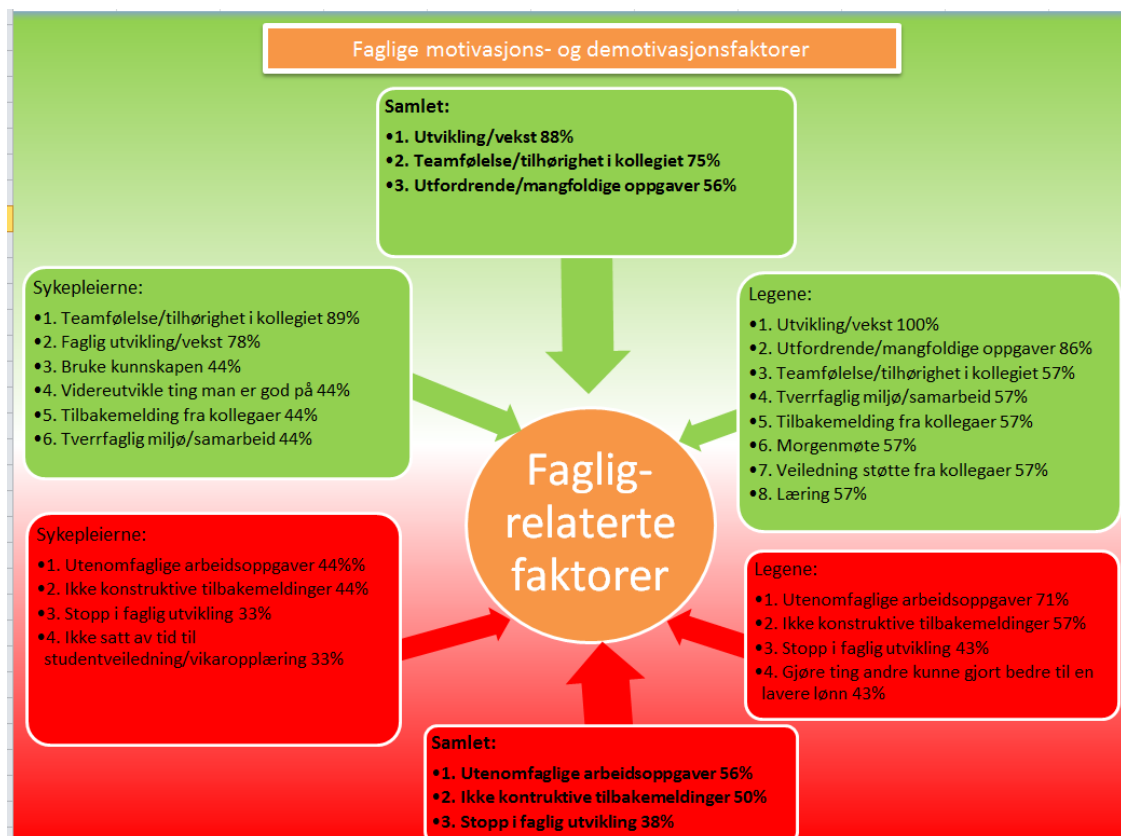
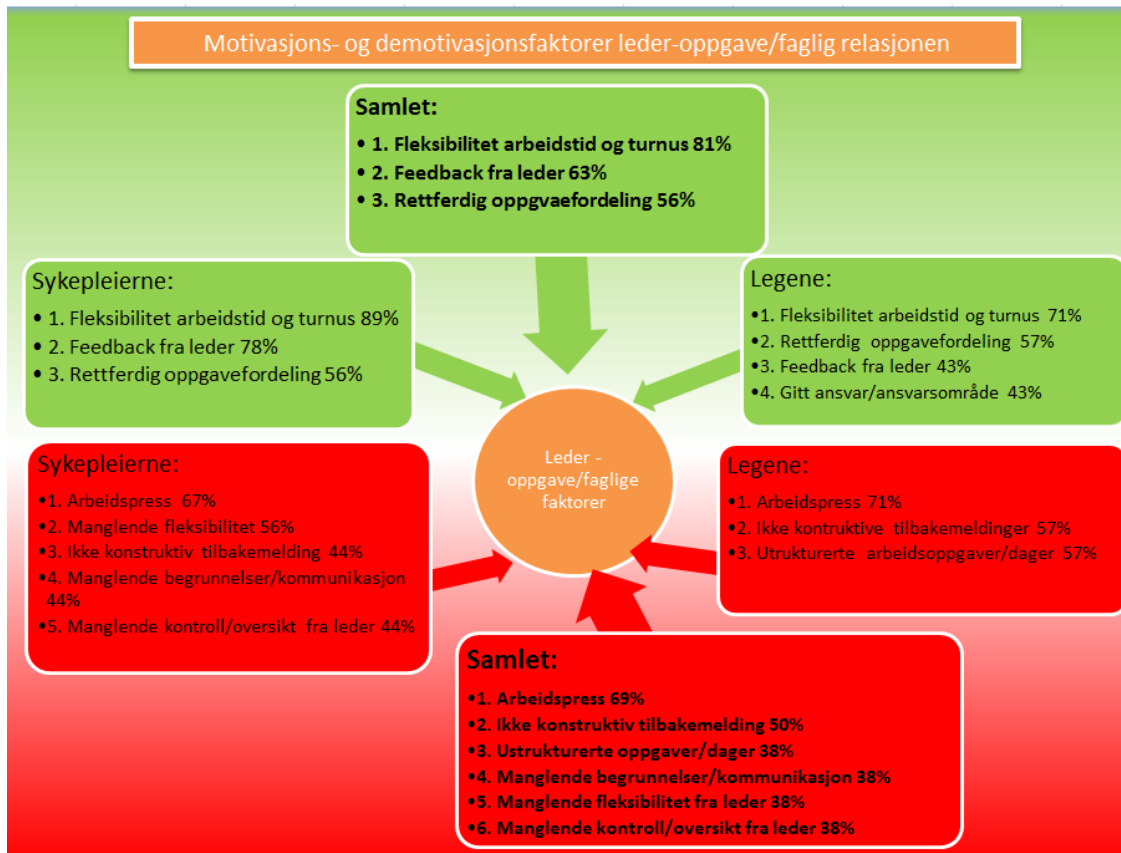
Oversikt over nye kategorier sykepleiere i analysen

Vedlegg 7: Hoved analysefilen

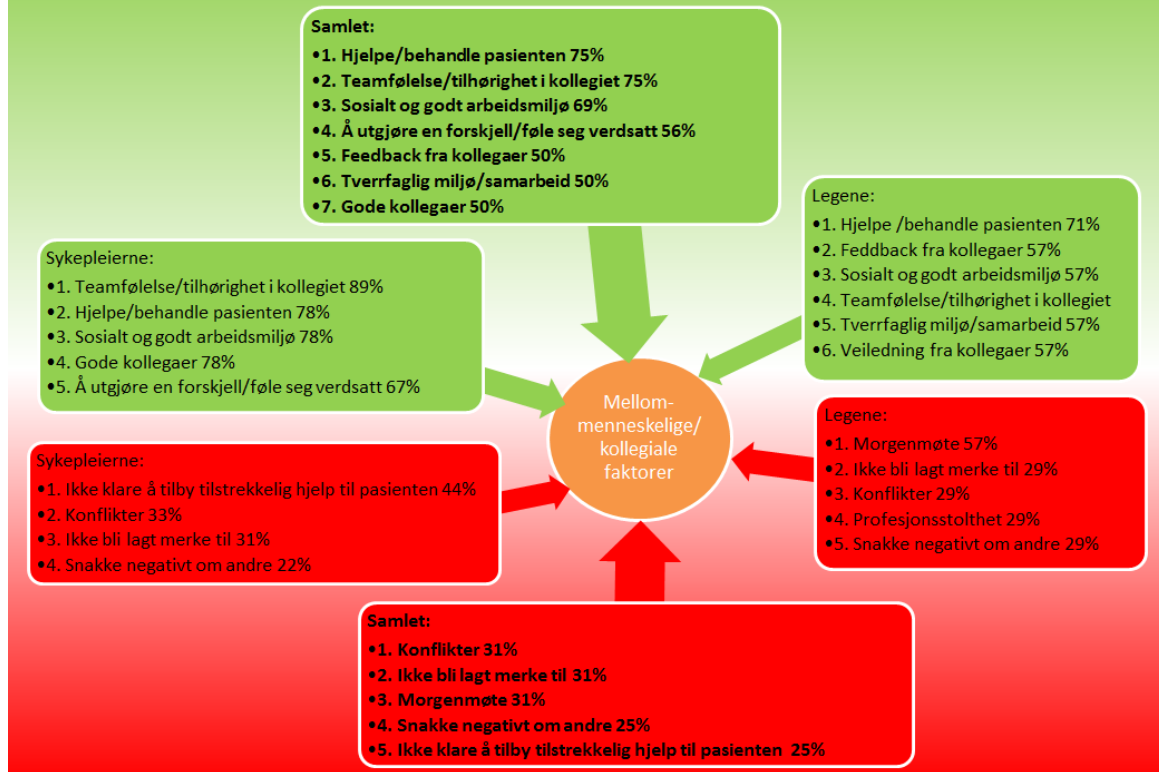
Innrykninger	Kategori Jobbkarakteristika				Andre kategorier																						
	Autonomi Frihet i jobben Utviklingsmuligheter Partisipping av øyeblikk Vilgning av autonomi	Feedbakk Følelse Fysiske arbeidsoppgaver	Skill Utviklende oppgaver	Oppgav Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver	Task Kjennetegnende oppgaver												
1	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
2	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
4	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
5	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
6	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
7	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
8	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
9	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
10	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
11	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
12	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
14	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
15	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
18	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
17	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
18	Handlingsfrihet	Følelse	Utviklende oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver	Oppgaver							
Sum	4	12	9	10	14	12	10	14	6	7	5	7	10	9	6	3	4	9	4	5	6	3	5	8	5	4	
Sum totalt %	25 %	75 %	56 %	63 %	88 %	75 %	63 %	88 %	38 %	44 %	31 %	44 %	63 %	56 %	38 %	19 %	25 %	56 %	25 %	31 %	38 %	19 %	31 %	50 %	31 %	25 %	
Sum lege	1	7	6	5	7	5	3	7	2	4	3	3	1	3	3	2	4	5	3	2	3	3	3	4	4	2	
Sum lege %	14 %	100 %	86 %	71 %	100 %	43 %	100 %	29 %	57 %	43 %	43 %	14 %	43 %	43 %	29 %	57 %	71 %	43 %	29 %	43 %	43 %	29 %	43 %	57 %	57 %	29 %	
Sum sykepl.	3	5	3	5	7	7	7	4	3	3	2	4	6	3	3	1	0	4	1	3	3	3	0	3	4	1	2
Sum sykepl. %	33 %	56 %	33 %	56 %	78 %	78 %	78 %	44 %	33 %	22 %	44 %	100 %	67 %	33 %	11 %	0 %	44 %	11 %	33 %	33 %	33 %	0 %	33 %	44 %	11 %	22 %	

2	Snakke negativt	Gode kolleger	Ustrukturert arbeid	Ikke bli i hengning	Skyt fra ko	Arbeidsoppgaver	Profesjon	Sosialt	Usikkerhet	Fleksibilitet	Mangfold	Uretferdighet	Mangel på	Tilbakemeldinger	Holdt uten	Negativ holdning	Teamarbeid	Medarbeidere	Bli sett	Retferdighet	Mangelen	Godt
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						

Vedlegg 8: Relasjonsoversikt underkategorier fra den aksiale kodingen



Mellommenneskelige/kollegiale motivasjons- og demotivasjonsfaktorer



Vedlegg 9: Underkategorier sortert etter hovedkategorier

Det faglige ...		det mellommenneskelige ...			
Lederen	Kollegaene	Oppgavene	Oppgavene	Kollegaene	Lederen
Motiverende underkategorier					
Faglig utvikling/vekst	Teamfølelse	Feedback	Task significance	Sosialt og godt arbeidsmiljø	Bli sett av leder/tilstedeværelse
Retterdig oppgavefordeling/retterdig leder	Tverrfaglig miljø/samarbeid	Skill <u>varieté</u>	Task <u>identiv</u>	Gode kollegaer	Leders involvering i hver enkelt ansatt
Feedback leder	Skrivt/feedback fra kollegaene	Å utgjøre en forskjell	Føle seg verdsatt	Støtte frå kollegaer	Tilgjengelig/synlig leder
Tid til å videreutvikle ting man er god på	Morgenmøte	Faglig relevante arbeidsoppgaver	Meningstfulte oppgaver	Kunne snakke med kollegaer om vanskelige spørsmål/tema	Medarbeidersamtale
Forutsigbarhet	Veiledning fra kollegaer	Bruke kunnskapen			
Gitt ansvar/ansvarsområde	Lære opp ny kollegaer	Autonomi			
God informasjon		Læring		Sosialt utenom jobb	
Leder som veileder		Mestringfølelse			
Demotiverende underkategorier					
Ikke konstruktiv tilbakemelding	Holdt utenfor faglige samtaler	Utenom faglige arbeidsoppgaver		Konflikter	Ikke bli hørt på/forstått
Stopp i faglig utvikling	Ikke samsvær mellom det ulike leger sier	Ustrukturerte arbeidsoppgaver/ arbeidsdager		Profesjonstøtthet	Usikkerhet om videre jobb
Manglende informasjon/begrunnelse for ting som skjer/kommunikasjon	Negativ holdning til sykepleierfaget	Vikarerer		Surt arbeidsmiljø	Manglende fleksibilitet
Manglende kontroll/oversikt fra leder	Vikarer med manglende innsikt i avdeling og kunnskap	Gjøre ting andre kunne gjort bedre og til mindre lønn		Sytekultur i kollegiet	Ikke bli lagt merke til
Ingenring igjen for å gjøre noe ekstra		Manglende utstyr/defekt utstyr			Snakke negativt om andre
Detaljsyring		Brake mye tid på unødvendig koordinering			Mangel på folk
Ikke satt av tid til studentveiledning/vikarveiledning		Svikt i tekniske hjelpemidler			Maktbruk hos leder
Leders manglende forståelse for det som skjer					
Mer informasjon om hvordan vi faktisk jobber.					
Kjennskap til resultat av det vi gjør					
Ikke bli belønnet for å gjøre en god jobb					