

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

Navn på kandidater:

BE311E

Hedda Soløy-Nilsen & Irene Flatvoll Pedersen

“Should I stay or should I go?”

Hvordan kan vi med utgangspunkt i teori om ledelse forstå at legespesialister slutter eller ønsker å slutte i helseforetaket.

Dato:17.06.2018

Totalt antall sider: 67

Innhold

Forord	1
Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Begrepsavklaring	6
1.4 Oppgavens oppbygning og struktur.....	8
2. Teori	9
2.1 Ledelse i et relasjonelt perspektiv	9
2.2 Ledelse, drift og fag	11
2.2.1 Teknisk versus relasjonell lederstil	11
2.2.2 Integrering av fag og drift	14
2.2.3 Kommunikasjon	16
2.3 Ledelse av kunnskapsmedarbeidere	17
2.3.1 Hvordan holde på de beste kunnskapsmedarbeiderne.....	19
2.3.2 Motivasjonsteori.....	20
2.3.3 Motivasjonsledelse	22
3. Metode.....	26
3.1 Valg av metode og vitenskapsteoretisk ståsted	26
3.2 Kvalitativ metode	26
3.3 Datainnsamling.....	27
3.4 Valg av informanter	27
3.5 Forskningsintervju.....	28
3.6 Kvalitetskrav.....	28
3.6.1 Reliabilitet	28
3.6.2 Validitet.....	29
3.6.3 Bekreftbarhet	29
3.7 Metodekritikk	29
3.7.1 Etske betraktninger.....	30
3.7.2 Forforståelse	30
4. Presentasjon av empiri	32
4.1 Betydningen av lederstil.....	32
4.2 Om innflytelse, involvering og kommunikasjon.....	34
4.3 Om motivasjon og engasjement	35
4.4 Om å beholde spesialister.....	39
4.5 Oppsummering av empiri.....	41
5. Analyse.....	42

5.1 Fravær av relasjonell ledelse	42
5.1.1 Relasjon	42
5.1.2 Ivaretagelse	43
5.1.3 Anerkjennelse	43
5.1.4 Potensialet i relasjonell ledelse	44
5.2 Dekobling av fag og drift	44
5.2.1 Produksjonsorientering	44
5.2.2 Dekobling	46
5.2.3 Forskyvning av arbeidsoppgaver	47
5.3 Dedikerte spesialister i bevegelse	48
5.3.1 Dedikerte legespesialister med stor arbeidsbelastning	48
5.3.2 Motivasjon og trivsel	49
5.3.3 Indre motivasjon	50
5.3.4 Kunnskapsmedarbeidere	51
5.3.3 Legespesialister i bevegelse	53
6. Oppsummering, implikasjoner og kritisk refleksjon	54
6.1 Oppsummering	54
6.2 Implikasjoner	55
6.3 Kritisk refleksjon	56
7. Litteraturliste	57
8. Vedlegg	60

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på vår 2-årige MBA i helseledelse ved Nord universitet.

Det har vært to lærerike år hvor vi har fått gleden av å fordype oss i ledelsesfag som har gitt oss økt forståelse og innsikt i hvordan kunnskapsbedrifter fungerer. I fra Storting, via departement og regionale foretak til lederne som jobber nærmest sykehusenes viktigste ressurser; våre medarbeidere.

Å være to som skriver sammen har vært en berikelse. Vi representerer ulike profesjoner, henholdsvis lege og sykepleier. Ulike roller, den ene som overlege, den andre som avdelingsleder. Vi kommer fra to ulike klinikker og fagfelt, Psykisk helse- og rus klinikken og Prehospital klinikk. Med ulike erfaringer, innfallsvinkler og kunnskapsområder har vi løst oppgaven med et bredere perspektiv, enn om vi skulle ha gjort det hver for oss.

Det er mange som bør æres når vi nå nærmer oss slutten. Vi vil rette en stor takk til Helse Nord ved administrerende direktør Lars Vorland som har hatt tro på dette studiet og som dermed la til rette for at det også ble et kull 5. En stor takk også til våre ledere ved Nordlandssykehuset HF som ga oss muligheten til å delta, og ikke minst våre kolleger for viktig støtte og motivasjon. Videre vil vi takke vår professor og veileder, Inger Johanne Pettersen -du er et oppkomme av kunnskap, historier og betraktninger, og vi har tilegnet oss kunnskap langt utover pensum. Tilbakemeldingene kombinert med varme og humør har vært viktige for oss når oppgaven har formet seg i fra støpeskje til endelig produkt. Takk også til professorene og foreleserne, Kari Nyland og Pål Pedersen som har gitt oss gode innspill før vi nærmet oss målstreken.

Til våre informanter; all hjertens takk for at dere åpnet dere og delte med oss! Dere ga oss mange betraktninger om hvordan det er å være spesialister i helseforetaket.

Og så vil vi takke våre medstudenter. Gjennom to år har vi hatt spennende diskusjoner, erfaringsutvekslinger og problemløsninger. På tvers av yrkesgrupper og foretak har vi funnet sammen. Vi føler oss privilegerte som avslutter dette studiet med 25 støttespillere fordelt i alle Helse Nords foretak.

Til våre ektemenn og barn; tusen takk for at dere gikk den ekstra mila! Uten dere hadde sjongleringen vi har bedrevet ikke latt seg gjennomføre.

Bodø, juni 2018

Hedda Soløy-Nilsen og Irene Flatvoll-Pedersen

Sammendrag

Med utgangspunkt i de utfordringer helsetjenesten står overfor, med begrensede økonomiske ressurser og et økende behov for kvalifisert personell, blir det viktig å beholde de legespesialistene vi har i helseforetaket, i tillegg til å rekruttere nye.

Formålet med denne oppgaven er derfor å se på hvordan vi med utgangspunkt i teori om ledelse kan forstå at legespesialister slutter eller ønsker å slutte i foretaket. Åtte legespesialister intervjues gjennom semistrukturerte kvalitative intervju. Av disse jobber fire fortsatt i helseforetaket. De andre fire har sluttet i helseforetaket men befinner seg i samme geografiske område. De beskrevne opplevelsene tolkes ut fra en teoriramme omkring ledelse i et relasjonelt perspektiv, teknisk versus relasjonell lederstil, integrering av fag og drift, kommunikasjon, ledelse av kunnskapsmedarbeidere og motivasjonsledelse.

Det er liten forskjell i funnene mellom de to gruppene med informanter. Resultatene i undersøkelsen viser at det er et fravær av relasjonell ledelse og liten grad av tillit. Legespesialistene i begge grupper opplever også manglende involvering og medvirkning. Det fremkommer en dekkobling mellom fag og drift, og dermed strukturelle og organisatoriske utfordringer som oppleves demotiverende for legespesialistene. Det utøves liten grad av det som i litteraturen benevnes som kunnskapsledelse. Informantene er dedikerte legespesialister som har en stor indre motivasjon for jobben, og stor arbeidskapasitet. Til tross for dette medfører forhold ved ledelse at de taper motivasjon og engasjement og dermed fremkommer det at også de fleste legespesialistene som fortsatt jobber i helseforetaket har tanker om eller ønsker å slutte. I lys av teori og våre funn forstår vi det slik at det er forhold ved ledelse, og forhold mellom leder og legespesialist som i hovedsak avgjør om legespesialister forlater.

Det vil være lite ressurskrevende og viktig å selektere fremtidige ledere som innehar riktige personlige egenskaper og motivasjon for å fylle rollen. Videre vil kompetanse om hvordan kunnskapsbedrifter fungerer og hvordan kunnskapsmedarbeidere motiveres være et viktig moment å vektlegge i utdanningen av ledere. Ledere må i større grad ansvarliggjøres i lederrollen.

Abstract

The health-care system in Norway is facing a growing challenge with limited financial resources combined with an increasing demand for qualified health-personnel. Recruitment and training of specialists as well as nurturing existing ones, is becoming an increasingly important task.

The aim of this thesis is to investigate whether there is an association between management/leadership and doctor's desire or decision to quit their position at the hospital. Eight specialists were questioned by semi-structured qualitative interviews, 4 of whom are still working at the hospital, whereas the other 4 have already resigned their positions but are still professionally active within the region. The responses are viewed within the theoretical framework of relational perspective, technical versus relational leadership, level of integration of the field of medicine within day-to-day business, communication, management of knowledge-workers and motivational leadership.

The results show that there is an absence of relational leadership, and very little trust. The specialists in both groups experienced lack of involvement and influence. There seems to be a detachment between the field of medicine and day-to-day business, leading to structural challenges perceived as demotivational factors. Knowledge-management seems to be executed to an insignificant extent. The responders are dedicated medical specialists with great intrinsic professional motivation and work-capacity. In spite of this, all of the responders still working at the hospital has had thoughts of or desires to resign on account of management-aspects causing loss of motivation and dedication. These aspects, as well as the relationship between the leaders and the employees, seem to be the leading causes in explaining why doctors choose to resign, according to our findings.

Selecting future leaders with the right personal qualities, competency and motivation to meet the requirements of relational, knowledge-management requires very little resources yet is of great importance.

1. Innledning

I dette kapitlet vil vi redegjøre for bakgrunnen for valgt problemstilling og avklare sentrale begreper brukt i problemstillingen.

1.1 Bakgrunn

I Helsedirektoratets rapport (2017) står det at Norge i årene etter 2020 vil få store endringer demografisk, i befolkningens sykdomsutvikling og i den medisinske og teknologiske utviklingen.

De siste framskrivningene av kompetansebehov i Norge projiserer at veksten i tilbud og behov for leger vil fortsette frem mot 2035 omtrent slik utviklingen har vært fra 2000 til 2015.

Helsedirektoratet vurderer at det er regionale forskjeller i tilgangen på og behovet for leger i Norge i dag, og at disse ulikhetene trolig kommer til å vedvare.

Administrerende direktør i Helse Nord Lars Vorland beskriver i sitt fredagsbrev 12.01.18 til foretakene utfordringene helsetjenesten står overfor frem mot 2035. Han nevner at det er nødvendig å ha som fundament at vi skal lage en best mulig helsetjeneste med de økonomiske ressurser samfunnet stiller til disposisjon for vår sektor- å skape mest mulig helsetjenester til prioriterte formål. Videre skriver han at helsetjenesten vil bli en enda mer utfordrende og utviklende arbeidsplass. Det vil skje i skjæringspunktet mellom avansert teknologi, nyskaping, ivaretagelse av menneskets grunnleggende behov og et samarbeidende felleskap av fagfolk.

Med utgangspunkt i utfordringene helsetjenesten står ovenfor, med begrensede økonomiske ressurser og et økende behov for kvalifisert personell, blir det viktig å beholde de legespesialistene vi har utdannet i helseforetaket, i tillegg til å rekruttere nye.

I helsedirektoratets rapport (2017) fremkommer at noen spesialiteter har høyere turnover enn andre. Det kan være flere årsaker til dette. En årsak kan være størrelsen av det private markedet. Det er viktig å skille det private markedet i aktører som driver med spesialisthelsetjeneste i samsvar med de nasjonale prioriteringene og i avtale med det offentlige og aktører som driver kommersiell virksomhet på siden av de nasjonale prioriteringene. At spesialister går over til det private kommersielle marked helt utenfor de offentlige prioriteringene, kan være uheldig da utdanning av legespesialister er både kostbart

og tidkrevende. Det er viktig at riktige incentivordninger er på plass for å beholde leger, og derav kunne skape kontinuitet i tjenestetilbudet.

Våre antagelser er at det kanskje ikke nettopp er incentivordninger som er viktige for å beholde spesialistene i helseforetak, men at også ledelse kan ha betydning for å beholde legespesialistene.

I Dagens Medisin publisert 22.01.2018 skrives det at man *i norske sykehus bruker milliarder på å leie inn helsepersonell. Ifølge statistikken er Nordlandssykehuset det sykehuset som bruker mest på innleie av leger, siden 2002 har 202 millioner vært brukt på legevikarer* (Dagens Medisin 22.02.18 Mari Rian Hanger «Bruker milliarder på å leie inn helsepersonell»).

Innleie av legespesialistvikarer er uheldig for kontinuitet på arbeidsplassen og ikke minst for ressursbruken. Det er de senere år også tilkommet et større jobbmarked for spesialister utenom helseforetakene, i samme geografiske område, både i kommunehelsetjenesten og i private klinikker. Målet må være å få flest mulig fast ansatte spesialister og unngå at de man allerede har slutter. Det er et klart behov for å beholde dyktige medarbeidere. Vi har derfor en motivasjon i denne oppgaven for å se på om dette kan kobles til ledelse, da det i så fall vil kunne ha betydning for videre rekruttering og ikke minst å beholde legespesialistene.

Vi har begge gjennom mange år jobbet på ulike steder både i og utenfor helseforetaket, og vi har erfart at ledelse har effekt på stabilitet i kliniske virksomheter. Begge er vi opptatt av rekruttering og at det er viktig å ta vare på gode medarbeidere. Vi oppfatter at legene i så måte er en sårbar gruppe i dette helseforetaket, og at det i mindre grad fremkommer offentlig hvor utfordrende rekruttering/ stabilisering av også denne gruppen kan være, sammenlignet med annet helsepersonell og valgte derfor å ha fokus på legegruppen. Det kan likevel tenkes at funnene kan være overførbare til andre kunnskapsmedarbeidere.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen i denne masteroppgaven er hvordan kan teori om ledelse forklare at legespesialister slutter eller ønsker å slutte i helseforetaket?

1.3 Begrepsavklaring

Vårt forskningsspørsmål inneholder følgende begreper:

Forstå: Ifølge store norske leksikon er forståelse å begripe, fatte gjøre bruk av forstanden, innse, oppfatte. Der betegner også resultatet av å forstå, resultatet av en undersøkelse, det å gripe en mening med noe.

Ledelse:

et finnes mange definisjoner på ledelse, alt etter perspektiv og forklaringsmodeller en benytter. Det er ikke uten grunn at Burns (1979) hevder: «Leadership is one of the most observed and least understood phenomena on earth»

Et sentralt spørsmål her er om ledelse bør betraktes som en rolle, eller som en kollektiv/sosial innflytelsesprosess. Ledelse kan betraktes som ferdigheter eller handlinger hos ledere. Dette er etter vårt syn en enkel definisjon på hva ledelse går ut på.

Yukl (2009) definerer lederskap slik: «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».

Denne definisjonen forutsetter at ledelse er en innflytelsesprosess og at lederens opptreden er sentral i så måte.

Tengblad (2012) definerer ledelse slik: "Leadership is a complex social process in which the interpretations of what is said and done are crucial." Også i denne definisjonen er det nettopp den sosiale prosessen som vektlegges i beskrivelsen av lederskap. Vi merker oss at definisjonen ikke tar opp i seg noe rundt lederens utøvelse av lederskap, men samtidig er det et sentralt poeng at ikke bare det som sies og gjøres er sentralt, men avgjørende her er faktisk måten dette forstås på (interpretation) i prosessen.

Også Harvey og Reggio (2011) definerer lederskap med de samme karakteristika. Reggio hevder at lederskap er delvis kognitivt og delvis emosjonelt av natur. Videre understreker han at ikke bare dreier lederskap seg om ledere og følgere/ansatte og deres interaksjon, men også det komplekse og endringsfulle eksterne miljø. Et annet poeng til Reggio er at lederskap ikke bare oppstår etter initiativ fra leder, men: "it can bubble up from even the lowest ranks, through followers taking initiative and engaging in leadership behaviors".

Dette siste poenget i lederskapsdefinisjonen finner vi gjenklang hos Karp som skriver at "For å utøve lederskap så trenger du ikke være den formelle lederen, men en som kan og bør ta

lederskap" (Karp 2013). Han skriver videre at ledelse er å ha et ansvar (og stå til rette for dette), og å ta ansvar ved å gjøre noe, dvs. utøve en form for innflytelse hos andre mennesker (og seg selv). Denne definisjonen rommer etter vårt syn noe mer enn den relasjonelle dimensjonen og de eksterne vilkår, nemlig det personlige ansvaret og handlingsrommet som ledelse etter min mening også innebærer.

Nettopp den relasjonelle og etiske dimensjonen mener vi er sentral, og den understrekes hos Cunliffe (2014) som definerer ledelse slik: "Managing is a relational, reflexive and ethical activity. It is not just something one does, but is more crucially who one is and how we relate to others." Etter vår mening er Cunliffe her litt for fokusert på at lederskap er en relasjonell aktivitet. Hennes definisjon får ikke frem tydelig nok at ledelse også innebærer ansvar for å oppnå resultater med gruppens relasjoner.

For å avslutte med en enkelt besvarelse på spørsmålet om definisjon av ledelse vil vi vise til Harvey (Harvey & Reggio, 2011) som definerer ledelse slik: «leadership is the executive function of the group, and as such it is comprised of distinct tasks concerned with gathering information about the group and its environment, envisioning a goal, translating that choice into results, and ensuring that followers understand and remain committed to the task, and the goal». Etter vårt syn har Harvey her en definisjon på ledelse som summerer opp de vesentligste dimensjoner ledelse innebærer, og som i stor grad både inkluderer og utfyller de definisjoner vi har tatt frem ovenfor, også de relasjonelle både individuelt og gruppevis.

1.4 Oppgavens oppbygning og struktur

I kapittel 1 vil vi redegjøre for bakgrunnen for problemstillingen og avklare sentrale begreper. I kapittel 2 belyser vi relevant teori aktuell for problemstillingen. Videre vil vi i kapittel 3 vise metodiske valg og fremgangsmåte samt gjøre rede for sentrale begreper som validitet og reliabilitet. Deretter vil vi i kapittel 4 legge frem empiri med data fra intervjuene og vår fortolkning av data. Til sist vil vi i kapittel 5 gjøre analyse opp mot relevant teori, før vi avslutter med konklusjon og kritisk refleksjon i kapittel 6.

2. Teori

2.1 Ledelse i et relasjonelt perspektiv

Fiedler (Jacobsen og Thorsvik 2013) har utviklet en av de mest innflytelsesrike lederstilteoriene, en teori som også har sterk empirisk støtte. Fiedler hevder at for å fremme effektivitet blant underordnede må lederen ha innflytelse. Innflytelse er ikke bare et spørsmål om personlige egenskaper men også om *sosiale relasjoner*.

Relasjonsorientert ledelse forsøker aktivt å utvikle gode relasjoner til sine underordnede ved å være oppmerksom, hensynsfull og støttende. Det er gjennomført mange studier som viser at organisasjoner har mye å vinne på at ledere utvikler klare rollerelasjoner til sine enkelte medarbeidere. Forskningsresultater sammenfattes ofte i at gode og velfungerende relasjoner mellom ledere og medarbeidere fører til at medarbeidere tenker mer positivt både omkring arbeidsoppgaver og organisasjonene, presterer mer for å bidra til å realisere organisasjonsmessige mål, og velger å bli i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Utfra dette vil relasjonen kunne ha en rekrutterende og stabiliserende effekt.

En innflytelsesrik nyere teori tar for seg relasjonen mellom lederen og den enkelte medarbeider. Denne teorien kalles ofte leder-medarbeider-utveksling eller LMX, og påpeker at lederen må skape godt fungerende relasjoner med alle medarbeiderne. Så lenge medarbeiderne er forskjellige, må også lederen utvikle forskjellige relasjoner til den enkelte medarbeider. I relasjonsbyggingen legges det vekt på medarbeiderens kompetanse, personlige egenskaper og ferdigheter, samt hva medarbeideren kan forvente hvis rollefordelingen fungerer bra, av arbeidsoppgaver, ansvar, utviklingsmuligheter, belønning, osv. Kommunikasjon blir svært viktig for kvaliteten i relasjonen mellom leder og medarbeider, og det legges vekt på å utvikle gjensidig tillit, respekt og lojalitet (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Anerkjennelse handler om å gi positive tilbakemeldinger, men det handler også om holdninger, verdier og handlinger som bringer det beste frem i andre. Gry Espedal (2010) henviser til flere undersøkelser hvor det fremkommer at det særlig innen kunnskapsvirksomheter er avgjørende med personlig anerkjennelse for motivasjon og pågangsmot. Hun skriver:

Hvis leder er god til å rose og anerkjenne andre får du medarbeidere med økt produktivitet, interesse for sine kollegaer, lojalitet, gode tilbakemeldinger og tilfredshet med arbeidsmiljøet.

Tillitspreget adferd er av Kirkhaug (2014) karakterisert av fortrolighet, overbevisning, initiativ og arbeidsomhet, mens adferd preget av mistillit er karakterisert som forsiktighet, skepsis, tilbakeholdenhet, vaksomhet og årvåkenhet.

Figur 1. Forholdet mellom tillit og mistillit

Høy tillit	4 Verdikongruens Lojalitet Sosial støtte Avhengighet fremmes. Initiativ støttes	1 Kalkulert, kontrollert tillit Begrenset sosiale relasjoner Risiko og sårbarhet Muligheter søkes
	3 Tilfeldige bekjenskaper Begrenset avhengighet Profesjonell høflighet	2 Uønskede hendelser forventes og fryktes Ondsinnede motiver forutsettes Uavhengighet søkes
Lav tillit	Lav mistillit	Høy mistillit

Ved å dikotomisere variablene- tillit og mistillit, i høy og lav score, får vi fire ulike kombinasjoner, fig 1. Høy tillit kombinert med lav mistillit (kvadrant 4) er den mest gunstige situasjonen en organisasjon kan være i. Partene har her liten grunn til å være mistenksomme overfor hverandre, ettersom de har felles mål og verdier. Dette er med på å skape trygge relasjoner mellom leder og medarbeider. Tillit og derigjennom trygghet tillater at partene er mer villig til å dele kritisk informasjon, det tillater kritiske refleksjoner og presentasjon av nye ideer uten at det innebærer personlig risiko og fare for å bli stemplet som illojal. En følge av dette kan være at medarbeidere også vil tørre å være mer åpne om feil som begås. Ansatte vil

også kunne yte mer, også utover det som er kontraktfestet, og det omtales da som ekstrarolleadferd (Kirkhaug, 2014).

Ledelse i et relasjonelt perspektiv henspeiler altså på lederes tendens til å vektlegge ansattes generelle velferd, jobbtilfredshet, støtte i utførelsen av jobben og medvirkning fra ansatte i beslutningsprosesser. Relasjonsledelse er personorientert i stilen. Vi oppfatter ikke at den står i kontrast til eller utelater oppgavedimensjonen i styringen av helseforetaket, men at den heller kan lede til økt effektivitet og måloppnåelse, ved at medarbeiderne er trygge og engasjerte.

2.2 Ledelse, drift og fag

2.2.1 Teknisk versus relasjonell lederstil

Ledelse er i sin natur en hierarkisk basert virksomhet, altså en ovenfra- og- ned- gående virksomhet. Den kan imidlertid være det på ulike vis og i ulike grader. Ole Berg deler gjerne helselederrollen inn i to stiler; teknisk ledelsesstil er sentralisert, oppgaveorientert og med standardiserte oppgaver, mens den relasjonelle ledelsesstil er mindre hierarkisk og teoribasert og mer dialogisk og praktisk i formen. I teknisk preget ledelse er motivasjonstiltakene formalisert; de knyttes altså til regler. I dagens virksomheter vil imidlertid disse reglene i forholdsvis stor grad være kommet i stand gjennom forhandlinger, altså forhandlingsledelse. Håndhevelse av dem skjer i regi av iverksettende administratorer. Jo mer tiltakene, altså reglene, formaliseres, og jo mer presist de formaliseres, desto større blir sannsynligheten for at håndhevelsen av dem kan automatiseres, altså overtas av maskiner eller maskinelle byråkrater (Ole Berg, kompendium 2016). Dette er i kontrast til den medisinskfaglige utvikling som går mer i retning av skjønnsmedisin og mindre i retning av regelmedisin slik vi oppfatter det. Dette fordi det går mot mer og mer skreddersøm og individuell tilpasning for pasientene hva gjelder utredning og behandling.

I virksomheter som sykehus er det ikke alt som kan knyttes til regler og prosedyrer, det må utøves faglig skjønn, og det vil alltid også være akutte situasjoner og samtidighetskonflikter som gjør at faget ikke kan regelstyres.

Ole Berg viser til Akcoff som forklarer at; et teknisk problem i en bil er et problem, «det er lokalt og kan løses permanent. Oppgaver i ledelsessammenheng, eller i håndteringen av akutt syke mennesker, er sjeldent slike avgrensede problemer, de er «floker» eller «messes» og må håndteres som sådanne, altså erfarings basert og praktisk (Berg, 2016). Helsepersonell har muligvis noen fordeler da de er mer eller mindre trent til å være autonome og ta ansvar i akutte situasjoner, «messes», det ligger nærmest til profesjonens natur.

Den relasjonelle stil er klart mer åpen, person- og relasjonsorientert. Ut fra det kunstneriske perspektiv vil man kunne si at det ligger en viktig kultur- og motivasjonsbyggende side i denne forståelsen av ansvar. I den grad alle, eller i alle fall de fleste, arbeider utfra en forholdsvis felles forståelse av hva mandatet, og dermed ansvaret er, jo enklere blir det for lederen å lede. De fleste er jo da ledet av seg selv (Berg, 2016). Slik vi ser det, har denne ledelsesformen også i seg islett av selvledelse, og lederen er tilrettelegger.

For å skape et slikt fellesskap om mandat og ansvar, en slik fellesskapelig kultur, er det imidlertid nødvendig at alle mobiliseres i arbeidet med å konkretisere mandatet og utvikle strategiene og ikke bare de formelle lederne. Jo mindre fellesskapet er, jo mer må linjens ledere bruke makt. Jo mer konkretisert mandatet er jo vanskeligere er det å drive en slik form for fellesskapelig ledelse. Konkretisering ovenfra passiviserer, og disiplinere nedover. Gitt det relasjonelle perspektiv på ansvar, er det ikke bare naturlig at «alle» deltar i ledelsen, men også at «alle» har adgang til å si ifra oppover, hvis de føler at ansvaret ikke tas på riktig måte: Alle tar del i institusjonens formål og har rett til å tolke det på sin måte, men ikke rett til å bli tatt hensyn til. Det siste fordrer at vedkommende kan argumentere godt nok og på en god måte. Denne form for ledelse kan ses på som en form for ansvarsledelse eller ansvarliggjørende ledelse. Heri ligger også noe av motivasjonsgrunnlaget: Å bli vist ansvar er i seg selv motiverende. Det viser at den som får ansvar blir trodd på og det gir også den som får ansvaret en mulighet for å lykkes (Berg, 2016).

Ved rammepregede betingelser er det viktig med involvering og informasjon forut før for eksempel iverksettelsesprosesser, for på best mulig måte å oppnå motivasjon blant medarbeiderne. Begge ledelsesformer kan i teorien tilstrebe dialog og delegering av ansvar som virkemiddel for å få opp engasjement. Noe som igjen kan bidra til økt gjennomføringsevne og at iverksettelses prosesser lykkes. Utfordringen ved den dialogiske formen for ledelse kan være at det kan oppstå polarisering og lange prosesser. Det oppleves

da viktig at man som leder også evner å ta og å komme til beslutninger slik at ikke prosesser trekkes ut i langdrag, og således kan påvirke motivasjonen hos den enkelte i negativ retning.

Den relasjonelle ledelsesformen gjenfinner en også hos Karp (2013) som skriver at:

«For å utøve lederskap så trenger du ikke være den formelle lederen, men en som kan og bør ta lederskap».

Han skriver videre at ledelse er å ha et ansvar, og å ta ansvar ved å gjøre noe. Det vil si å utøve en form for innflytelse hos andre mennesker, og seg selv. Her fremkommer også det personlige ansvar som et tilleggsvilkår.

Binney et al (2012) understreker at *«Relations come first»*. Relasjoner er selve fundamentet for å kunne utøve lederskap. For å kunne bygge en relasjon peker de blant annet på at ledere bør slutte å tro at de er på toppen av hierarkiet. Det er en risiko for at en leder ved å strebe etter å være på topp av organisasjonen mister kontakten med gruppen han er satt til å lede. Et siste poeng fra Binney et al (2012) her er å fokusere på gruppen du har ansvar for som leder, erkjenn at den er god nok. De understreker at;

«the job of the leader, then, is not to pretend to know the answer but instead to release the collective insight, intelligence and wisdom of the many..»

Jakobsen (2017) forelesning om verdibasert ledelse fremkommer et utsagn fra Den norske legeforening vedrørende New Public Management i helsevesenet (figur 1), som er typisk teknisk, og som står i klar kontrast til relasjonell og verdibasert ledelse samt Karp, Binney og Ole Berg, som sitert ovenfor.

New public management i helsevesenet

- **Ekspansjon av markedsrett og statsrett samtidig**

Forvaltningen blir en egenartet kombinasjon av butikk og byråkrati, der butikken kjennetegnes av liberalistisk tankegodt og byråkratiet av ekspanderende kontroll- og rapporteringssystemer som signaliserer en grunnleggende mistillit til helsearbeiderne.

Krav om lojalitet «oppover»

- Fotfolket – vi som ivaretar helsetjenestens egentlige oppgaver og som har det personlige ansvaret i møte med den enkelte pasient – blir avkrevd lojalitet til våre ledere, som i sin tur er lojale mot nivåene over

Delegering av ansvar og dilemmaer «nedover».

- Samtidig som lojalitet kreves oppover, blir ansvar og dilemmaer forskjøvet nedover, i første omgang fra politisk til byråkratisk nivå.

Figur 2: New public management i helsevesenet

Med utviklingen av den profesjonelle ledelse, basert på mål- og resultatstyring, fra slutten av 1990-årene, avkreves lojalitet overfor den overordnede ledelse i større grad enn før. Styrings- og ledelseskjeden, fra helseministeren og nedover, er stadig blitt tettere. Styringen av ledelsen er blitt mer hierarkisk preget (Berg, 2016). Dette viser også dilemmaet mellomledere står overfor, hvor de kan bli i en «skvis» grunnet forventninger både ovenfra og nedenfra.

2.2.2 Integrering av fag og drift

I helsevesenet er formell kompetanse et krav for de fleste yrker. Medarbeidere får betegnelsen profesjonelle medarbeidere med stort fokus på verdier (Kirkhaug, 2013). Hver profesjon har kanskje også fokus på sine egne verdier?

Kirkhaug (2013) sier:

«Dette betyr at ansatte i en og samme organisasjon som består av ulike faggrupper kan utgjøre en svært uensartet gruppe når det gjelder syn på adferds former, kvalitet, effektivitet og hvilke tilstander og mål som organisasjonen bør etterstrebe.»

Dette kan være med på å gjøre profesjonsledelse til en utfordring. Føler medarbeiderne seg mere knyttet til egen profesjon, eller er de mest knyttet til organisasjonen og de felles målene som er gitt der?

Litteratur beskriver situasjoner der leger eller annet helsepersonell er mest lojal mot egne verdier fra profesjon og til pasienten. Slik at hensynet til organisasjonen settes til side (Kirkhaug, 2013).

Relasjonen mellom ansatte og leder påvirkes av profesjonalisering. Hvis leder er av en annen profesjon enn medarbeiderne, vanskeliggjør det evnen til evaluering av hvordan oppgavene utføres, og ekspertise på oppgavene. Lederstyringen må da gå på å se grad av måloppnåelse. Det igjen fremsetter behov for målbart resultat og kriterier som går på kvalitet, relasjoner, effektivitet og arbeidsmiljø (Kirkhaug, 2013).

Lederutfordringer øker når kompetansen hos de ansatte øker, samtidig med at krav om fleksibilitet øker, og målstyring i forhold til brukerne blir et krav.

Kirkhaug (2013) beskriver at:

«Nettverk, team og prosjekter må tas i bruk for å kunne levere det kunden etterspør».

Som leder i et slikt system blir lederrollen å lage betingelser slik at medarbeiderne kan utvikle sine ferdigheter på arbeid.

Profesjoner tilstreber stor grad av autonomi i sin yrkesutøvelse. Dette øker behovet for koordinering fra ledelsen slik at vi sikrer at alle jobber mot felles mål. I en profesjonalisert organisasjon er det stort behov for verdistyring. Dette for at ansatte skal kunne utøve autonomi, koordineres, støttes og motiveres. Som igjen gir ledelsen kontroll. (Kirkhaug, 2013).

Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at personer med høy formell utdanning krever frihet i arbeidet for å kunne utøve sin virksomhet. Dette medfører ofte en dyp skepsis til forsøk på byråkratisk kontroll gjennom regler og rutiner, i så fall må de komme fra profesjonen selv. Forsøk på direkte styring oppleves lite legitimt fordi ledelsen alltid vil ha mindre kunnskap om hvordan oppgavene bør løses, enn de profesjonelle. Det siste medfører at den eneste form for kontroll som profesjonelle opplever som legitim, er den som utøves av andre med samme profesjonelle kunnskap. Organisasjoner med et stort innslag av profesjonelle vil derfor ofte ha en struktur som er preget av lite regelstyring og stor grad av desentralisert myndighet til spesialiserte enheter, altså profesjonelt byråkrati. Et profesjonelt byråkrati kjennetegnes ved at delegering av beslutningsmyndighet til det operative plan sikrer et faglig godt arbeid og dermed god pasientbehandling.

Forskning fra 1990-tallet har vist at man kunne oppnå enda bedre resultater som leder dersom man ved siden av å være mål- og resultatorientert også tok hensyn til medarbeidernes behov og forslag. Dette ble kalt relasjonsorientering, og lederen sto fortsatt som den primære aktør (Eriksen og Martinsen, 2013).

2.2.3 Kommunikasjon

Jakobsen og Thorsvik (2013) viser til at den tradisjonelle måten å definere kommunikasjon på til at Kommunikasjon er den prosessen der personer eller grupper sender eller utveksler informasjon». De supplerer denne definisjonen ved å legge til at

«Kommunikasjon handler ikke bare om overføring av kommunikasjon, men også overføring av ideer, holdninger og følelser fra en person eller gruppe til en annen».

Vertikal kommunikasjon

Jakobsen og Thorsvik (2013) viser til utfordringer som kan oppstå når informasjon skal kommuniseres vertikalt. Både ovenfra og ned eller nedenfra og opp i gjennom flere hierarkiske nivå.

Budskap som formidles ovenfra og ned i organisasjonen kan forandres underveis. Flere faktorer kan påvirke dette. Lederen som skal formidle budskap fra sin overordnede vil kunne oversette budskapet ut i fra sin egen arbeidssituasjon og hva dette har av implikasjoner for driften i nåtid og fremtid. Basert på egen situasjonsoppfatning, verdier og sosial tilhørighet som gjerne påvirkes av hvor lederen selv formelt er plassert i organisasjonen kan den velge og bevisst tilbakeholde informasjon. Eksempelvis kan lederen frykte at dårlige nyheter vil påvirke arbeidsmoralen hos medarbeiderne som igjen vil medføre at lederoppgaven i seg selv utfordres. Men også i beste mening kan informasjonen endres på fordi man mener at budskapet vil føre til en bedre måloppnåelse hvis den oversettes i stedet for å direkte formidles fra overordnet ledelse til ens egne medarbeidere. Budskapet kan også tolkes feil av mottakeren ved at den i kraft av sin spesialisering og sin funksjon i organisasjonen mistolker meldingen fra sin leder.

I følge Jakobsen og Thorsvik (2013) er det et sentralt problem ved vertikal kommunikasjon oppover at hierarkiet i seg selv undertrykker kommunikasjonen og samhandlingen mellom

medarbeiderne og deres ledere. Hierarkiet påvirker mengden informasjon som kan formidles oppover, men også kapasiteten nivåene høyere i organisasjonen har til å håndtere og nyttiggjøre seg denne informasjonen. Ledere må derfor ofte filtrere budskap oppover som igjen kan medføre at viktig informasjon går tapt. Gjennom prosessene med oversettelse og filtrering av informasjon vil tiden fra et budskap formidles leder til budskapet når leder høyere i organisasjonen kunne dra ut i tid. Noe som igjen medfører at budskapet når rett beslutningsnivå for sent. I en kunnskapsorganisasjon som et sykehus er, vil fagspesifikke problemstillinger som skal løftes høyere opp i organisasjonen gjerne forde at budskap blir tilføyet grunnlagsinformasjon, som gir beslutningstakere uten denne fagkunnskapen både muligheten til å forstå budskapet, men også å fatte de rette avgjørelsene. Samtidig viser også forskning, ifølge Jacobsen og Thorsvik (2013), at det ikke er uvanlig at mellomledere underslår negativ informasjon oppover og forsøker å omtale seg selv og sitt arbeid på den mest positive måten.

2.3 Ledelse av kunnskapsmedarbeidere

Innenfor ledelsesteori beskrives ofte tilgangen en bedrift har på kritiske ressurser som dens konkurransefortrinn i møte med andre bedrifter. Tidligere var kritiske ressurser forbundet med råvarer, produksjonsmidler, lokaliteter etc. Altså ressurser mer av fysisk karakter. Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver en utvikling i de vestlige land hvor tjenesteytingen tar stadig større plass og produksjon av fysisk karakter flyttes til lavkost land. For vestlige land innebærer dette at den intellektuelle kapitalen blir en stadig mer etterspurt og nødvendig ressurs og viktigheten av å kunne rekruttere og beholde de rette menneskene som innehar den nødvendige kunnskapen blir av avgjørende betydning for å lykkes i markedet.

Nordhaug (2002) understreker viktigheten av at bedrifter evner å skape, produsere, og nyttiggjøre seg kunnskapen for deretter å kunne benytte denne i innovasjon og nytenkning. Hvordan organisasjoner skal kunne tiltrekke seg de høyt utdannende og kompetente medarbeiderne, stimulere og utvikle de for deretter å beholde de er derfor sentrale spørsmål som ledere må ha i fokus.

En kvantitativ lederundersøkelse gjennomført av Norges Handelshøyskole for over 3000 toppledere i 1999 og 2000 viser at lederne vektlegger kompetansen til sin medarbeidere som

den mest kritiske ressursen i de ulike virksomheter. I kvalitative dybdeintervju med 30 utvalgte ledere i etterkant av denne surveyen understrekes dette i utsagn som her:

Det er kritisk å utvikle å holde på nøkkelpersonene våre. I en kompetansebedrift er det medarbeiderne som representerer verdien. Verdien sitter mellom ørene til våre medarbeidere, og den dagen de måtte forsvinne, er også bedriftens verdi forsvunnet. Vår utfordring er derfor å beholde et miljø som tiltrekker og stimulerer nødvendig kompetanse slik at den ikke forsvinner (Per Andersen, toppleder Posten SDS).

I dette har man også erfart en maktforskyvning mellom hvem som eier bedriftens ressurser. Der bedriftene tidligere eide sine kritiske ressurser er den intellektuelle kapitalen eid av medarbeiderne selv. Maktbalansen er dermed forskjøvet mellom bedriften og medarbeideren og bedriften er i større grad avhengig av den kompetanse medarbeideren har (Nordhaug 2002).

Colbjørnsen, Drake og Haukdals bok (1999) som er basert på funn i fra lederundersøkelsen til AFF drøfter hvordan utviklingen med selvbevisste medarbeidere vokser frem også i virksomheter som helse- og omsorgssektoren hvor dette ikke har vært så vanlig tidligere. Virksomhetene må forholde seg til medarbeidere som både er individualister og som krever mer. De bruker betegnelsen selvstendige kontraktører om medarbeidere som vil søke seg til jobber som både styrker deres utvikling, belønner den utdannelsen de allerede har og som også gir deres personlige egenskaper og nettverk avkastning (ref Irene...).

Kunnskapsorganisasjoner som helseforetak har stor betydning for samfunnet og kvaliteten på pasientbehandlingen er avhengig av fagutøvelsen til helsepersonellet.

Stadig større turbulens i omgivelsene, mer kompleksitet samt en arbeidsstokk med stadig høyere kompetanse nærmest tvinger ledere til å dele myndighet og innflytelse med underordnede. Tradisjonelle former for ledelse, som veiledning, styring, koordinering og kontroll, er mindre hensiktsmessig enn før. Jo mer lederen griper styrende eller regulerende inni arbeidet til medarbeiderne, jo mindre vil mulighetene være for å utnytte organisasjonens kunnskapsressurs på en kreativ måte. Disse «nyere utradisjonelle» lederstiler omtales ofte som institusjonell ledelse, herunder kommer blant annet også verdibasert- og relasjonell ledelsesteori (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

2.3.1 Hvordan holde på de beste kunnskapsmedarbeiderne

I konkurransen om de beste medarbeiderne er det viktig for virksomheten å vite hva mennesker trekkes mot og hva som fremstår attraktivt. Studier i hva mennesker ser etter når de er på utkikk etter jobb er relativt entydige; De er opptatt av hvordan arbeidsmiljøet er. Noe som innebærer at jobben er interessant og variert, at de får utvikle seg faglig, at der er frihet i jobben og at arbeidsmiljøet er godt og sosialt. Videre er de opptatt av hvordan omdømme virksomheten har. Konkurransedyktig lønn og karrieremuligheter er også vektlagt, men langt mindre enn betydningen av arbeidsoppgavene og hvordan organisasjonen fremstår (Jacobsen og Thorsvik 2013).

Det antas at arbeidssøkere som tiltrekkes mot faglige utfordringer i søken etter jobb er mer lojale mot organisasjonene og mer stabile arbeidstakere enn de som tiltrekkes av penger. Virksomheter som lykkes med å promotere seg på en positiv måte vil ofte ha større tilgang på kvalifiserte og gode søkere til sine stillinger (Jacobsen og Thorsvik 2013).

Mennesker bytter hyppigere jobb i dag og det er gjerne de mest verdifulle medarbeiderne som oftest skifter jobb. De har gjerne også større valgmuligheter enn sine kolleger. I kampen for de beste medarbeiderne er det derfor viktig for bedriftene og finne nøkkelen til at de attraktive arbeidstakerne blir i virksomheten.

Selv om det private næringslivet har hatt fordeler i konkurranse med det offentlige på bakgrunn av større rom for å gi høyere lønn og andre frynsegoder viser det seg at situasjonen kan være mer nyansert i konkurransen om de beste medarbeiderne. AFFs (Stiftelsen Administrativt Forskningsfond ved Norges handelshøyskole) lederundersøkelse (Hillestad, 2000) viser at det private næringslivet også kan ha utfordringer i å holde på sine medarbeidere. Dette kan peke mot at ikke lønn er avgjørende for valg av arbeidsplass. Funnet i undersøkelsen viser at stimulerende arbeidsoppgaver og mulighetene for å utvikle seg både personlig og faglig er vel så viktig.

I undersøkelsen fremhevet flere av topplederne fra det offentlige virksomheter at det var en utfordring at handlingsrommet for å tilby kompetanseheving, etterutdanning og fleksibilitet var så begrenset. Ved å tenke nytt rundt slike insentiver hevder Hillestad at offentlige virksomheter i større grad vil kunne kompensere for et begrenset økonomisk handlingsrom. Det er svært kostnadskrevende for bedrifter når medarbeiderne forlater organisasjonene og tar

med seg kunnskapen sin og nytt personell skal utdannes i dagens kunnskapsbedrifter (Hillestad, 2000).

Hillestad (2000) peker videre på viktigheten av gode muligheter for etterutdanning, kompetansebygging, egenutvikling og fleksibilitet som viktige faktorer for å beholde kunnskapsmedarbeidere, og at det er rom for betydelig utvikling og nytenkning i offentlig sektor på dette området. I moderne organisasjonsformer vil slike konkurransefortrinn integreres i den totale driften av virksomheten. Dette vil øke kompetansen både til enkeltindivider og i organisasjonen som sådan. Følgelig vil offentlige virksomheter kunne kompensere for økonomiske ressurser og dermed ha bedre forutsetninger for å konkurrere med næringslivet om attraktiv arbeidskraft.

Mye av forskningen viser at den sterkeste faktoren for at medarbeidere blir værende er der hvor følelsesmessige bånd er tilstede. I organisasjoner hvor sosialisering blir vektlagt vil også organisasjonskulturen være tilstede. Noe som skaper følelsesmessige bånd til virksomheten og som igjen gjør at medarbeiderne ønsker å bli. Jobbtrivsel henger også sammen med jobbutforming, altså trekk ved arbeidsoppgavene som gjør de meningsfulle og interessante som igjen gir høy ytelse og sterkere følelsesmessig tilknytning til virksomheten (Jakobsen og Torsvik 2013).

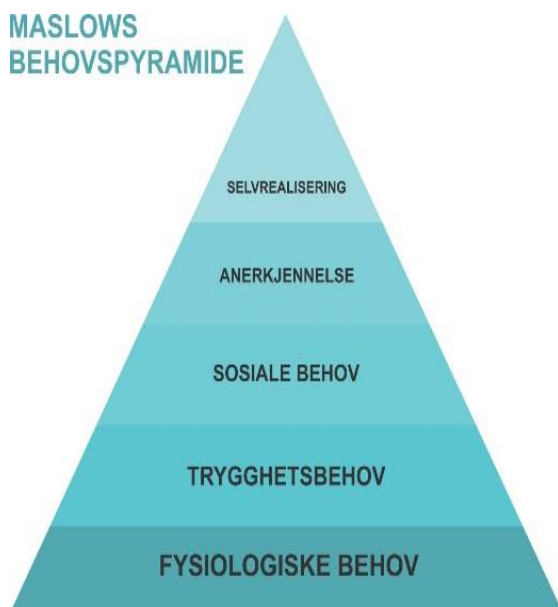
2.3.2 Motivasjonsteori

Motivasjon dreier seg om hvordan atferd starter, hvor energien til atferd kommer fra, hvordan atferden opprettholdes, dirigeres og slutter. Motivasjon gjelder spørsmålet om hvorfor atferd opptrer, i motsetning til hvilken atferd som opptrer. Når vi skal skille mellom årsaker til atferd er det nyttig å innse at atferd er en konsekvens av faktorer både hos personen og i omgivelsene (Andersen 2011).

De personlige årsakene til atferd kan deles inn i motivasjonsfaktorer, ferdigheter og kognitive variabler (oppfatninger, forventninger eller forståelse). Både motiver og verdier påvirker adferden. Motivasjon er ikke et personlighetstrekk som noen har og andre ikke. Motivasjon er et resultat av en interaksjon mellom individ og situasjon. Motivasjonsnivået kan både variere mellom individ og situasjon. Motivasjonsnivået kan både variere mellom mennesker og variere for det enkelte menneske på forskjellige tidspunkter. Alle motivasjonsteorier angir

årsakene til adferd. Man kan dele motivasjonsteoriene i to grupper. En gruppe av teorier legger hovedvekten på forklaringen hos individet selv (indre forklaringer), spesielt gjelder dette behovsteoriene. Den andre gruppen av motivasjonsteorier legger forklaringen på ytre forhold (Andersen 2011).

Maslow, Alderfers og Hertzberg teorier er typiske behovsteorier. Alderfer og Maslow legger vekt på å utnytte de høyere behov i behovspyramiden (figur 2) henholdsvis vekstbehov/ relasjonsbehov og anerkjennelse/ selvrealisering. De inneholder ingen beskrivelse av adferd som en konsekvens av behov hos individet.



Figur 3 (Ole Berg, kompendium 2016)

Den amerikanske psykologen Herzberg har lansert en såkalt to-faktor-teori, som egentlig reflekterer noe av arven etter Maslow. Han hevdet at det er ulike faktorer som skaper tilfredshet og utilfredshet. Han talte om «hygienefaktorer» som faktorer som skapte utilfredshet hvis de var fraværende, men ikke tilfredshet om de var til stede. Som eksempel nevnte han lønn og arbeidsforhold, altså en type «omgivelsesfaktorer». Tilfredshet ble skapt, hevdet han, av motiverende faktorer. For han var det indre faktorer som hadde sammenheng med det indre utbytte som for eksempel arbeidet gav, som kunne gi en medarbeider følelse av mestring eller av å gjøre noe verdifullt.

De teknisk orienterte aksepterer fornuftens rolle, og dermed individets autonomi, men ser på den først og fremst som instrumentell. Vroom og andre transaksjonsteoretikere aksepterer et behov som går ut over de strengt private og som er knyttet til ytre faktorer/ goder. De aksepterer indre behov som kan være både sosiale og eksistensielle. Man kan si at de teknisk orienterte teoretikere legger vekt på «lavere motiver», og utvikler mer generelle egoismebaserte motivasjonsteorier mens de humanistisk orienterte teoretikere legger vekt på de «høyere» behov og på mer varierte motiver (idealistiske, altruistiske) (Andersen 2011).

I litteraturen pekes det ofte på at mens de teknisk orienterte legger vekt på ytre faktorer legger de relasjonelt orienterte seg på indre faktorer. En utvikling der lønn og andre praktiske forhold betones som motivasjonsmidler, er altså en utvikling hvor motivasjonen i økende grad gjøres utvendig og «materialistisk». Humanister peker ofte på at når ytre belønninger betones så sterkt vil det føre til at betydningen av de indre, som arbeidsglede, altruisme og idealisme svekkes (Berg, 2016).

2.3.3 Motivasjonsledelse

De grupper av medarbeidere som utgjør organisasjonens menneskelige ressurser må motiveres til innsats for at organisasjonen skal fungere. Motivasjonsledelsen har som siktemål å motivere fagpersoner som bare er potensielle medarbeidere til å forsøke å bli medarbeidere, de som allerede er (ønskede) medarbeidere til å forbli det (Berg, 2016).

Globaliseringen i arbeidslivet, stadig sterkere konkurranse, konsumentbevissthet (også innenfor helsevesenet), teknologisk utvikling er noen av forholdene som, i enda større grad enn tidligere, skaper behov for virkemidler med resultatoppgjørelse som mål. Dertil kommer at arbeidslivet har endret seg fra i hovedsak å være industrialisert til å være informasjons- og kunnskapsbasert. Dette har i sin tur gjort at arbeidsstyrken i utviklede nasjoner for en stor del består av kunnskapsarbeidere, som ikke nødvendigvis lar seg styre, kontrollere og motivere med enkle virkemidler eller overvåking (Einarsen, 2016).

En vanlig oppfatning er at bedriften har tre grunnleggende styringsredskaper til rådighet; belønnings-, sosialisering-, og overvåkings-/instruksjonsmekanismer. Ledelsen kan styre de

ansattes virksomhet gjennom å sette opp belønninger for ønsket adferd, ved å sosialisere dem inn i bestemte måter «å være på», eller ganske enkelt ved å overvåke og gripe inn ved uønsket atferd. I dagens arbeidsliv er det de to første styringsinstrumentene som virker mest relevante, på grunn av den selvstendigheten som kunnskapsarbeid forutsetter fra de ansattes side. Incentiver, eller eksterne belønninger, er virkemidler som baserer seg på forestillingen om det økonomiske menneske. Dette har lenge vært kjent som et svært forenklet menneskesyn. Det er en annen styringsmekanisme, den indre motivasjon, som kanskje er langt viktigere og som er forskjellig fra de andre.

Indre motivasjon handler også om kontroll og styring, i tillegg til å ligge til grunn for mye av vår innsatsvilje. Er man indre motivert, så viser det seg imidlertid at man er i stand til å styre seg selv langt strengere enn en leder ville gjort. Dette skjer gjerne når en opplever mestring og egen kontroll over interessant og viktige aktiviteter, og når en må strekke kompetansen sin for å prestere. I en slik tilstand er et lite rom for spørsmål om hva en mottar som gjenytelse, og om andres forventninger til en. Det er aktiviteten og ens egne mål som teller. En slik form for motivasjon som er bygd på opplevd mestring og kontroll, kan en finne i de fleste yrker, men aller mest i kunnskapsintensive yrker. I slike yrker er det nødvendig med stor grad av autonomi og tilbakemelding på levert arbeid, to av de mest sentrale betingelsene for utøvelse av selvledelse og opplevelse av indre motivasjon (Einarsen et al 2016). Hos helsepersonellet er den indre motivasjonsfaktoren pasienten, og i større grad der hvor skjønnsmedisin praktiseres mer enn regelmedisin (Berg, 2016).

Lønn og belønning kan motivere til innsatsvilje, men målbar produktivitet i en virksomhet er sammensatt. Målbar produktivitet forutsetter at innsatsvilje og gode intensjoner omsettes til handling. Dette betinger i sin tur kompetanse hos den enkelte, at praktiske hjelpemidler og verktøy er tilgjengelige (for eksempel IKT- systemer i helsevesenet), og at målene er kjent. Dersom de praktiske forholdene er gode, tilrettelegging fra leder, målene er klare og den ansatte har de nødvendige evner og ferdigheter for å utøve sitt arbeid, så vil den enkeltes motivasjon være utslagsgivende. For å øke motivasjon spiller selvsagt lønn og belønningssystemer en viss rolle, sammen med psykososiale forhold som organisasjon-/ klinikk-/ avdelingskultur og arbeidsmiljø, og ikke minst hvor givende og interessant arbeidet i

seg selv oppleves å være (Einarsen et al 2016). Helsepersonell generelt har nok en opplevelse av at arbeidet er meningsfylt og givende.

Kartlegginger viser at mange over tid opplever økende tidspress på jobben og har ansvar for altfor mange oppgaver, noe som går ut over kvaliteten på arbeidet. Især gjelder dette helsepersonell, som opplever at de har liten kontroll på oppgavestrømmen og dermed i liten grad er herre over egen arbeidstid. I tillegg svarer mange at de er flinkere å lesse på seg selv oppgaver enn å delegerer til andre, og at de ofte stiller større krav til seg selv enn til kolleger og medarbeidere. Dette fører igjen til negative konsekvenser på andre områder i livet, *arbeidsfæren koloniserer privatsfæren* og kan medføre redusert mestringsfølelse og mistriksel.

Stadig mer høyt utdannede og kompetente arbeidstakere gjør at noen hevder at den viktigste ledelsesoppgaven i dagens samfunn er å sette medarbeidere i stand til å lede seg selv. Dette kalles *teori om selvledelse*. Poenget er å lære andre å lede seg selv. Ledere som fremmer selvledelse, legger dermed mindre vekt på overvåking og kontroll. Samtidig må den enkelte lære å hjelpe andre til å bli dyktig for å realisere felles mål. Den enkelte vil da kunne utvikle genuin interesse og ektefølt ansvar for hvordan kollektivet fungerer. Gruppen må likevel ikke overlates helt til seg selv da det kan føre til situasjoner som skaper uoverensstemmelse og konflikt. Mye tyder på at selvledelse er et fruktbart utgangspunkt for kompetanseledelse. Ledelse av kunnskapsmedarbeidere må basere seg på en slags «tillitens logikk», i praktisk virkelighet vil dette innebære en form for selvledelse (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Amundsen og Martinsen (Amundsen & Martinsen. Empowering leadership. *The Leadership Quarterly*, 25(3), 487-511) har gjort noen studier som viser at empowerment, eller myndiggjørende ledelse/ selvledelse er nødvendig for å arbeide effektivt. Studien viser at ledere som selv er ydmyke og ikke vurderer seg selv urealistisk høyt i lederrollen oppnår den beste effekten av å gi myndighet og ansvar til sine medarbeidere, spesielt i organisasjoner hvor det er fornuftig at beslutninger tas der jobben faktisk utføres. I tillegg vil de ansatte bli dyktigere til å lede seg selv. De finner også at trivsel og kreativitet øker i organisasjoner som

gir mer ansvar og myndighet til medarbeiderne, og organisasjonen blir mer konkurransedyktig og egnet til å nå sine mål.

3. Metode

I dette kapitlet redegjør vi for metode brukt til datainnsamling og valg av forskningsdesign. Vi reflekterer over de viktigste svakheter med metoden og gjennomføringen av undersøkelsen. Til sist belyser vi undersøkelsens reliabilitet og validitet.

3.1 Valg av metode og vitenskapsteoretisk ståsted

Å etablere prosedyrer og teknikker for å komme frem til mest mulig relevant kunnskap kalles metode (Johannesen, 2011). Metode inneholder teorier om hvordan velge informanter, hvordan data skal samles inn og hvordan analysere og tolke data.

Når man skal gjennomføre observasjoner som ledd i ledelsesforskning, går det et hovedskille mellom kvalitative og kvantitative metoder, hvor kvalitativ metode er tekstens tale og kvantitativ tallenes tale.

Kvantitative metoder belyser nokså presist definert problematikk, og man benytter statistiske metoder for å gjennomføre analyser. Ved denne metoden vil man kunne generalisere resultatene utfra en presist definert problemstilling. Det må foreligge en nokså avgrenset problemstilling hvor det finnes relativt presise teorier om et fenomen og hvor det er utviklet gode målemetoder.

Ved kvalitativ metode, på den annen side, utforsker man et fenomens mange sider, og man benytter metoder som gir rik informasjon og som må tolkes av forskeren uten at det nødvendigvis foreligger et presist rammeverk for tolkningen (Martinsen 2015). Her vil også forforståelsen til de som intervjuer kunne spille en rolle.

Undersøkelsens problemstilling har styrt valg av metode, og vi er her opptatt av å fremskaffe rikere og mer dyptgående detaljer og informasjon fra et mindre antall mennesker og velger derfor kvalitativ metode. Vi studerer et fenomen som må fortolkes, og fenomenet vi studerer er "hvordan beholde spesialister i helseforetak».

3.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en metode for generering av kunnskap hvor man undersøker hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som opplever dem, og hvordan de kan fortolkes og

forstås også av andre. Kvalitativ metode kjennetegner stor grad av fleksibilitet ved at man lar informanten styre informasjonen som kommer frem (Johanessen og Tufte, 2011). Ved å bruke denne metoden vil vi kunne få frem, og forstå ny informasjon som man muligens ikke kunne forutse.

Vi forholder oss her til hermeneutikken, filosofien som sier at de kvalitative kulturvitenskaper er opptatt av å påvise intensjonssammenhenger, det vil si å tyde en mening gjennom å forstå. Fenomenologi er både en filosofi og et kvalitativt forskningsdesign og kan beskrives som læren om «det som viser seg», det vil si tingene eller begivenhetene slik de *viser seg* eller *framstår* for oss. I denne oppgaven benytter vi fenomenologisk analyse. Her er det vanlig å analysere meningsinnhold. Forskeren er opptatt av innholdet i datamaterialet, som hva en informant forteller i et intervju. Datamaterialet leses fortolkende og vi søker å forstå den dypere meningen med informantens tanker (Johanessen og Tufte 2011). I den første fasen ble vi kjent med og skaffet oss et helhetsinntrykk av datamaterialet. Vi leste gjennom hele materialet og delte så intervjuguiden inn i hovedtemaer fra teoridelen. Videre foretok vi en systematisk delanalyse av materialet hvor vi satte sammen alle uttalelser fra hvert enkelt spørsmål fra intervjuguiden i hver sin egen oversikt, for deretter å tolke svarene i lys av teoriene.

3.3 Datainnsamling

Det ble sendt inn spørreskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) hvor det fremkom at intervjuundersøkelsen var helt aidentifisert og dermed ikke meldepliktig. Deretter ble det sendt forespørsel til direktøren i helseforetaket, som samtykket til undersøkelsen.

Informantene ble spurt direkte, alle samtykket til deltagelse (vedlegg 1) og fikk nedskrevne sitater som ble brukt i oppgaven til gjennomlesning. Informantene ble grundig informert om studien før initiering av intervjuet og fikk mulighet til å stille spørsmål.

3.4 Valg av informanter

Alle informantene er overordnede leger i faste stillinger, de er delt i to grupper hvor fire jobber i spesialisthelsetjenesten og fire har forlatt. Ingen er / har vært ledere i spesialisthelsetjenesten. Alle intervjues ut ifra jobben de har/ hadde i spesialisthelsetjenesten.

Utvelgelsen av informanter i spesialisthelsetjenesten var strategisk ut fra de vi opplever synes å være engasjert i jobben, og har jobbet der mer enn to år slik at de er godt kjent med jobben og organisasjonen. Vi har også søkt å få mest mulig spredning i klinikkene.

Utvelgelsen av informanter som har forlatt gjøres ut fra kjennskap til de man vet har forlatt spesialisthelsetjenesten men likevel befinner seg i samme nedslagsfelt/ geografiske område som spesialisthelsetjenesten. Det bemerkes at disse informantene har forlatt innenfor et stort tidsspenn.

Utvelgelsen skjer således i hovedsak ut fra hensiktsmessighet og ikke representativitet, altså et strategisk utvalg.

3.5 Forskningsintervju

Undersøkelsens hensikt er få frem informantens erfaringer og oppfatninger og derfor er intervju valgt som metode for datainnsamling. Vi setter oss først inn i sentral teori og forskning for det aktuelle prosjektet. Deretter lager vi intervjuguide (vedlegg 2) og intervjuer 8 medarbeidere, delt i to grupper. Den ene gruppen jobber fortsatt i helseforetaket mens den andre har informantene forlatt. Intervjuene er semistrukturerte, dermed er det også rom for å snakke om det intervjupersonene har å fortelle. Slik blir intervjuene mest mulig åpne men samtidig innenfor en klar ramme, som er intervjuguiden. Vi tar fortløpende notater under intervjuet, samt opptak med telefon ved behov for å supplere, med umiddelbar nedtegnelse fra intervjuene og tolker siden svarene i lys av teoriene. Intervjuene hadde varighet på mellom en halv time til en og en halv time.

3.6 Kvalitetskrav

3.6.1 Reliabilitet

I forskning er man opptatt av at målingene skal oppfylle visse kvalitetskrav for at vi skal kunne ha tillit til resultatene. Et viktig kriterium er at målinger og observasjoner skal være reliable. Reliabilitet betyr nøyaktighet eller pålitelighet, og man beregner tallverdier som uttrykker grader av reliabilitet. Reliabiliteten knytter seg til undersøkelsens data. Hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides. Reliabilitet er kritisk i kvantitative undersøkelser, og det finnes flere måter å teste disse på. Innenfor kvalitativ

forskning er slike krav om reliabilitet lite hensiktsmessig. Det benyttes vanligvis ikke strukturerte innsamlingsteknikker, det er ofte samtalen som styrer datainnsamlingen. Det vil være umulig for andre å forske å duplisere eller replikere en kvalitativ forskers forskning. I tillegg bruker man forskeren selv som instrument. Ingen andre har samme erfaringsbakgrunn som forskeren og ingen andre vil derfor tolke på samme måte (Johannesen og Tufte 2011).

Påliteligheten kan dog styrkes ved at man gir leseren inngående beskrivelse av fremgangsmåte og kontekst, som gjør det mulig å spore dokumentasjon av data, metode og avgjørelser gjennom prosjektet. Påliteligheten kan også styrkes ved at man legger vekt på hensiktsmessige kriterier for evaluering, vi er da inne på begrepet validitet.

3.6.2 Validitet

En vanlig definisjon av validitet er spørsmålet «måler vi det vi tror vi måler?». Er det sammenheng mellom det fenomenet som undersøkes, og de dataene som er samlet inn? Ifølge denne definisjonen er kvalitative studier ikke valide, fordi de ikke kan kvantifiseres, altså måles. Validitet kan imidlertid dreie seg om hvorvidt en metode undersøker det den har til hensikt å undersøke, «i hvilken grad våre observasjoner virkelig avspeiler de fenomener eller variabler som interesserer oss». Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten. Teoretiske funn, begrepsmessig klarhet og metodiske vurderinger inngår i slike diskusjoner (Johannesen, 2011).

3.6.3 Bekreftbarhet

Det er viktig at funnene i kvalitativ forskning ikke er et resultat av forskernes subjektive holdninger. Bekreftbarhet skal sikre dette. I hvilken grad kan resultatene fra den kvalitative undersøkelsen bekreftes av andre forskere gjennom tilsvarende undersøkelser, er et eksempel. Bekreftbarhet tilsvarer objektivitetskriteriet i kvantitativ forskning. Det er derfor viktig at forskeren legger vekt på å beskrive alle beslutninger i forskningsprosessen (Johannesen, 2011).

3.7 Metodekritikk

3.7.1 Etiske betraktninger

Det er et sentralt forskningsetisk prinsipp at all deltagelse skal være frivillig (Johannesen, 2011). Informantene våre er helt anonyme, både hva gjelder kjønn, spesialitet, avdeling og klinikk. Ved enkeltutsagn hvor identitet kan tenkes å bli avslørt har vi moderert utsagnet uten at meningen i innhold teksten for øvrig endres. Det er viktig at anonymiteten ivaretas og at ikke informasjon kan føres tilbake til enkeltpersoner.

3.7.2 Forforståelse

Data som gjengis er tolkning av hva vi observerer at informantene formidler. Observasjoner selekteres og det gjør også tolkningen av de data som velges ut. Det som vektlegges vil også være preget av vår forforståelse samt være et resultat av vår kompetanse og erfaringsbakgrunn (Johannesen, 2011). Vi har begge mange års erfaring i spesialisthelsetjenesten, den ene av oss er leder og sykepleier i somatikken den andre er overlege og tidligere tillitsvalgt i psykiatri. Førstnevnte har ikke erfaring med å være leder for leger og har aldri ledet noen av informantene, på noe nivå. Vi jobber i to helt forskjellige spesialiteter hvor den som er sykepleieleder jobber i en akuttmedisinavdeling med få leger og den som er overlege jobber med de alvorligst psykisk syke. Sistnevnte har også tidligere vært tillitsvalgt for leger og dette kan være med på å påvirke forforståelsen, men vi tenker ikke at det skal kunne påvirke informantens opplevde mulighet for å uttale seg fritt. Begge er godt vant til å ha samtaler med pasienter og er således trygge i intervjusituasjoner. Ingen har tidligere forskningserfaring med kvalitative intervju, begge har noe erfaring med kvantitative målinger. Vi fant det derfor også mer interessant å lære om kvalitativ metode.

Intervjuguiden ble tilpasset noe etter et pilotintervju som ikke er gjengitt her da informanten ikke passet inn i inklusjonskriteriene vi har satt. Vi byttet på å ta notater og å være intervjuer. Vår rolle måtte tilpasses som aktiv og passiv da det varierte noe hvor aktiv informantene var også med tanke på refleksjoner omkring spørsmålene. Ved enkelte spørsmål benyttet vi også «støtteord» for å hjelpe informanten å komme i gang, disse fremgår av intervjuguiden. Noen få intervjuer hadde vi på telefon, de fleste hadde vi på egne kontor eller møterom. Alle informantene hadde vi kjennskap til på forhånd. Forskning i egen organisasjon er utfordrende og vi må ha et bevisst forhold til vår bakgrunn og perspektiv. Ingen av oss har jobbet i samme enhet som noen av informantene. Samtidig vil lang erfaring kunne være en fordel med kjennskap til den komplekse organisasjonen et helseforetak er. Vi opplever at det å skrive to

sammen, med så ulik bakgrunn og forforståelse, vil kunne bidra i større grad til å se ulike forhold.

4. Presentasjon av empiri

I dette kapitlet vil vi presentere og kommentere våre funn. Målet for denne delen av oppgaven er å samle og systematisere svarene fra informantene slik at vi i analysekapitlet kan bruke funnene i arbeidet med å besvare problemstillingen for oppgaven.

Nasjonalt er det utarbeidet krav til ledere i helseforetak. Det vises til 6 nasjonale lederkrav for styring av og i helseforetak. Disse er ansvarlig, helhetstenkende, endringsvillig, handlekraftig, kommuniserende og inspirerende. Bakgrunnen for at det ble sett behov for å utarbeide krav til ledere, er økte krav til lederrollen. (Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak 2012, Strategi for leder- og ledelsesutvikling i Helse Nord (2015-2018) Styresak 134-2014.). Vi oppfatter at disse kravene i stor grad er instrumentelle eller tekniske i stilen, med blant annet økt målstyring og resultatkrav, men passer dette til å lede kunnskapsmedarbeidere?

4.1 Betydningen av lederstil

Vi spurte informantene om å beskrive sin nærmeste leder med ulike støtteord. På spørsmål om de opplever nærmeste leder som støttende eller nøytral fremkom svarene nokså like. Svarene varierte fra nøytral til «bøllete», og flere av informantene beskrev leder midt imellom nøytral og støttende.

På spørsmål om de oppfattet nærmeste leder som lukket eller åpen svarer flertallet av informantene i og utenfor helseforetaket at leder er lukket. En svarte at leder har en autoritær stil og er lukket.

Videre ble det spurt om leder gir mye eller lite tillit. Her fremkom det stor tillit i den faglige utøvelse, men ellers lite eller ingen tillit. Bare en informant opplevde at leder uttrykte direkte tillit. Det fremkommer her en klar divergens i tillit fra leder, som i hovedsak utfra dette oppfattes å ha tillit til legene kun i faglige spørsmål.

På spørsmål som omhandlet relasjon til nærmeste leder og hvordan de opplevde ivaretagelse og samhørighet så fremkom det at bare en opplever å ha en åpen relasjon, de øvrige beskriver varierende grad av utrygghet. Informant 3 svarte:

Forholdet er utrygt og det er ikke samhandling eller samhörighet i det hele tatt.

Informantene som har forlatt helseforetaket beskrev relasjonen til nærmeste leder nokså likt. Ord som vanskelig, ikke eksisterende relasjon og åpen ble brukt.

Alle våre informantene beskrev at ivaretagelse i praksis var fraværende. Dette indikerer liten grad av tillit og personlig ivaretagelse samt at relasjonsfokuset ikke var tilstede hos lederne.

Informantene ble også spurt om definere hva de la i begrepet anerkjennelse. Informant 5 formulerte det på følgende måte:

"I ordet anerkjennelse legger jeg at noen verbaliserer at de setter pris på jobben jeg gjør, hverdagsfeedback".

Dette utsagnet gir positiv definisjon av anerkjennelse, som deles av de øvrige informantene. Men våre informanter opplever sjelden eller aldri noen form for positiv tilbakemelding og anerkjennelse. Samtlige informanter opplevde sjeldent eller aldri å få direkte anerkjennelse fra nærmeste leder, og det ble kommentert at flere heller ikke opplevde det fra andre ledernivåer. Informant 5 beskrev det slik:

"Jeg opplevde kun feedback fra leder ved truende situasjoner, for eksempel når jeg ba om permisjon, ved sykdom e.l. Kunne da få høre -hva skal vi gjøre uten deg? Det var ingen tilbakemeldinger ellers".

Informant 4 uttalte:

«Det er lite eller ingen anerkjennelse. Hvis noe så går det på oppnådde mål for produksjon og tall og i så fall på gruppenivå».

Felles for alle informantenes opplevelser var mangel på direkte tilbakemeldinger på individnivå, slik som ros, skryt, oppmerksomhet og konstruktive tilbakemeldinger. Samtlige anga at de fikk anerkjennelse fra pasienter og noen også fra kolleger. Andre igjen refererte til stille/ indirekte anerkjennelse ved at de fikk faglig ansvar eller at de ikke fikk negative tilbakemeldinger. Fravær av negativ tilbakemelding ble dermed den eneste opplevde anerkjennelse legespesialistene opplevde. Vi tolker dette slik at det ikke var kultur for å få

anerkjennelse hverken fra ledelse eller i særlig grad fra kolleger. Pasientene ble fremhevet som de som ga anerkjennelse og at det hadde stor betydning.

4.2 Om innflytelse, involvering og kommunikasjon

Når vi spør informantene om hvordan de opplevde arbeidsoppgavene i spesialisthelsetjenesten, så finner vi at alle opplever arbeidsoppgavene meningsfulle, viktige og utfordrende. Flere opplevde allikevel at arbeidsoppgaver også var blitt mer rutinepregede, og at legeressursene tidvis ble brukt uhensiktsmessig. Informant 1 beskrev det slik:

"Det handler mest om at oppgaver som tidligere var ivaretatt av andre, for eksempel merkantile oppgaver forstyrrer arbeidshverdagen".

Flere kommenterte at de i senere tid må bruke mer tid på å gjøre oppgaver som annet personell tidligere utførte hvilket igjen medførte at de brukte mindre av sin tid til direkte pasientbehandling, eller fikk mer oppstykket tid i møte med pasientene. Vi ser altså at legejobben oppleves som mer rutinepreget og at det er blitt en forskyvning av oppgaver fra annet personell over til legene, som igjen tar av tiden til pasientbehandlingen.

På spørsmål om leder er inkluderende eller lite inkluderende i beslutninger fremkom det at alle informantene opplevde lite inkludering, informant 1 svarte:

Tror ikke jeg noen gang har opplevd å bli inkludert i beslutninger.

Hva gjaldt spørsmål om medbestemmelse så var det heller ikke her særlig variasjon i svarene. En beskrev involvering i faglige spørsmål men ingen medbestemmelse i drift. De øvrige beskrev liten eller ingen grad av medbestemmelse.

Videre spørsmål om hvorvidt leder var ansvarliggjørende eller kontrollerende svarte to av informantene at de opplever å få mye fagansvar men at de er usikre på om alle som blir delegert fagoppgaver er kompetent nok til å utføre de. To opplevde å få mye fagansvar men at leder likevel var ganske kontrollerende, de øvrige opplevde at leder var kontrollerende.

Vi spurte videre om hvordan informantene opplevde leders tilgjengelighet og muligheter for møtepunkter. I begge grupper fremkom det at noen hadde daglige møtepunkter, men da i hovedsak faglige. Andre hadde sjeldne og uformelle møtepunkter. En hadde formelt møte med leder kun en gang i måneden, hvis det ble ansett nødvendig. Kommunikasjonen ved de ulike treffpunktene varierte mellom å være dialog og monolog, sistnevnte især hvor det ikke dreide seg om faglige møter.

Informantene ble også bedt om å beskrive friheten til å planlegge egen arbeidsdag og om de hadde innflytelse over eget arbeid og arbeidssituasjon. Dette er tema som angår graden av opplevd autonomi. Her svarte samtlige at det var svært liten eller ingen grad av innflytelse over egen arbeidssituasjon. Arbeidsdagen var gitt og der var ikke rom for å planlegge den på noen måte. Det var også mange arbeidsoppgaver som ble forventet gjort innimellom de planlagte og som ikke ble synliggjort. Informant 7 beskrev det slik:

«Dagene var så fulle av avbrytelser og uforutsigbarhet at det ikke gikk an å planlegge. Det var ikke samsvar mellom ressurser og behov. Ingen sa eller dikterte hvordan dagen skulle være, men det var så mye jobb og stort behov at det ikke var mulig å planlegge. Jeg rådde ikke over dagen».

Informant 2 opplever det slik:

"Det er større krav fra ledelse om mer detaljert planlegging og mer detaljstyring nå enn tidligere. Jeg opplever liten grad av innflytelse. Vi blir ikke hørt og det blir heller ikke etterspurt fra ledelsen hvordan vi har det".

Vi ser altså av informantenes svar at de opplevde liten grad av autonomi i arbeidshverdagen i helseforetaket. Det fremkommer klart at dette oppleves uheldig og krevende av våre informanter. Størst frustrasjon ligger i det faktum at på tross av at de gir tilbakemeldinger om forbedringer til ledere, så medfører det ingen praktiske endringer.

4.3 Om motivasjon og engasjement

Av de som jobber i helseforetaket jobber flertallet i gjennomsnitt cirka 50 timer per uke. De fleste som har forlatt helseforetaket, refererer til en arbeidshverdag hvor de jobbet 70 timer eller mer i gjennomsnitt per uke. Det kunne være intensive jobbøkter som var så krevende at

de ikke fikk hentet seg inn på fritiden. En av informantene beskrev et konstant jobbpress hvor man måtte jobbe hjemmefra hver kveld for å ta igjen det man ikke rakk på dagtid. Noen informanter beskrev svært lange vaktperioder over flere døgn og hvor det ikke var rom for å hente seg inn. Vi beskriver her dedikerte spesialister med sterk indre motivasjon og stor arbeidskapasitet, men hvor de er utsatt for stor belastning over tid med liten mulighet for å selv regulere den. Det betyr at våre informanter opplever liten grad av kontroll på egen arbeidstid og arbeidsoppgaver.

Informantene ble spurt om forholdene lå til rette for å utføre jobben med god kvalitet. Her fremkommer det likt i begge gruppen at forholdene ikke lå til rette og det krevdes at man jobbet ekstra utover utvidet arbeidstid. Informant 2 uttaler;

Forholdene er helt på grense hva gjelder arbeidsbelastning, men jeg sørger for at jeg gjør jobben med god kvalitet til tross for det. Jeg må da legge mere tid i arbeidet.

Informant 7 sier det slik;

Det var ikke lagt til rettefor å gjøre jobben med god kvalitet. Arbeidsmengden var ikke overkommelig og helt umulig å planlegge. Brannslukking hele tiden. Det var ikke mulig å gjøre en god jobb.

Disse utsagnene kan tolkes i retning av at det var stort tidspress og mange oppgaver samtidig, både planlagte og uforutsigbare. Selv om noen kompenserte med å bruke egen fritid for å unngå forringelse av kvaliteten i pasientbehandlingen, fremkom det at noen likevel opplevde at organiseringen av arbeidet gikk ut over kvaliteten. Det fremkom i begge grupper at ingen opplevde mulighet til å regulere tidsbruk selv eller at det var rom for å planlegge egen arbeidshverdag. Hos noen fremkommer det at ledelsen kunne lagt forholdene bedre til rette for at der kunne vært en mer hensiktsmessig organisering av arbeidet.

Det fremkommer videre at ingen av informantene opplevde noen form for tilrettelegging fra nærmeste ledere for at informantene skal gjøre en god jobb, hverken faglig, tidsmessig eller personlig. Dette indikerer liten grad av kunnskapsledelse.

Informantene ble videre spurt om hvilke faglige og personlige utviklingsmuligheter de opplevde i jobben. Her fremkom det at alle med unntak av en informant ikke opplevde mulighet for faglig oppdatering eller utvikling i arbeidstiden. Dette måtte de sørge for selv på egen fritid. De opplevde likevel dette som så viktig at de fleste prioriterte dette i egen fritid og på eget initiativ. Faglig oppdatering i form av kurs og konferanser kom aldri på oppfordring fra ledere, og flere beskrev det som svært vanskelig å få anledning eller godkjenning til dette fra leder. Personlige utviklingsmuligheter slik som videre karriereplanlegging og/ eller andre kompetanseløft var heller ikke noe som ble initiert av noen ledere.

Vi spurte videre om informantene følte stor grad av utilstrekkelighet. Her bekreftet alle informantene dette i forhold til tid og arbeidsoppgaver, og hos noen også i forhold til selve faget. Man må slippe det man har i hendene for å bistå mindre erfarne kolleger. Dermed går det utover både de som behøver hjelp, men også pasientene.

Informant 6 uttaler;

Utilstrekkelighet ja, spesielt den første tiden som overlege. Man må ha et godt lag med fuglefett smurt utover kroppen sin.

Situasjonen ovenfor slik informantene uttrykker dette kan beskrives som manglende opplevelse av autonomi, utviklingsmuligheter samt stort tidspress for å ivareta nødvendige oppgaver hos kunnskapsarbeidere som i utgangspunktet er svært dedikerte til jobben sin. Dette medfører stor grad av opplevelse av utilstrekkelighet. Når det gjaldt balansen mellom arbeid og fritid fremkom det forskjeller mellom gruppene i og utenfor helseforetaket. Halvparten av legene i helseforetaket beskrev en ubalanse mellom jobb og fritid. Det fremkom på følgende vis: Informant 1 sier:

Jobben har tatt for stor del av livet, men det er kanskje en del av det å være lege? Den tar nok for mye av min tilstedeværelse hjemme. Det ligger i kulturen fra langt tilbake. Jeg ser forskjell på unge leger, de har et mye tydeligere skille.

Informant 4 sier;

Det er veldig heftig i perioder og ikke så greit. Det er lite forståelse for eksempel for syke barn. Jeg er ofte for sen hjem fra jobb og er alltid den siste som henter ungene i barnehagen.

Det fremkommer her en klar ubalanse mellom fritid og arbeidstid, med liten mulighet for utøvelse av selvledelse. Det kan tyde på at informantene stiller svært høye krav til seg selv og sin jobbutførelse, og at jobben har forrang over privatsfæren. Ledere synes her å ha lite bevissthet for lederrollen hva gjelder legespesialistenes egen ivaretagelse, koordinering av oppgaver for å nå felles mål samt delegering av ansvar og myndighet. Muligheten for legespesialistene våre til å kunne utøve selvledelse synes i praksis å være liten, og i så fall vil det kunne gå ut over kvaliteten i arbeidet. Legespesialistene har høye krav til seg selv og ivaretagelse av pasientene, og lar det heller gå ut over privatsfæren enn at jobbkvaliteten og pasientbehandlingen skal forringes.

Informantene i begge grupper opplever at jobben påvirker fritiden deres på en lite tilfredsstillende måte. En av informantene beskriver god balanse mellom jobb og fritid og opplever å fortsatt ha overskudd etter endt arbeidsdag. Hos alle legene som har forlatt helseforetaket fremkom det en tydelig ubalanse mellom arbeidstid og fritid hos samtlige. En beskrev at det var nødvendig å jobbe når familien dro på turer og kunne ikke delta på barnas aktiviteter. En annen beskrev at det ikke var til å leve med og at det var en utilfredsstillende balanse som påvirket fritid og familie i stor grad.

På spørsmål om hva som skulle til for at de skulle trives og være engasjert var det gjennomgående i begge gruppene at informantene opplevde at det som er viktigst for å trives og være engasjert i jobben er at de har varierte arbeidsoppgaver og at det er tid og rom for å utføre jobben ordentlig og med god nok kvalitet.

Videre fremkommer utsagn som; verdsettelse av faglig engasjement, involvering i beslutninger, autonomi og anerkjennelse fra leder. Vi antar ut fra dette at legene som kunnskapsmedarbeidere opplever at faglig motivasjon er det primære og at det ligger i selve pasientarbeidet og fagutøvelsen. I begge gruppene poengterer flere at et godt psykososialt arbeidsmiljø betyr mye for trivselen. Informant 8 sier det slik;

«At det er et godt arbeidsmiljø og at det er trygt. At det er helt greit å spørre kollegaer om hjelp hvis man lurer på noe. At man kan banke på døren og diskutere. Det hendte at der var usunne diskusjoner og utrygt».

Sosial tilhørighet og trygghet fremkom som en viktig trivselsfaktor for våre informanter samt at det også bidro til god faglig kvalitet.

4.4 Om å beholde spesialister

Når vi spurte spesialistene som jobber i helseforetaket om hvorfor de har valgt å bli så fremkom der ulike grunner. Herunder; mangel på muligheter i det private eller ikke tenkt på at der finnes andre muligheter. Informant 3 oppgir;

Grunnen til at jeg blir er primært av familiære forhold. Ellers hadde jeg jobbet et annet sted hvor jeg også har fått jobbtilbud.

Informant 2 sier at den i senere tid har tenkt på å forlate sykehuset og det handler om måten den har blitt møtt av ledelsen på. Den samme legen oppgir at den har fått flere henvendelser om andre stillinger utenfor helseforetaket og fremhever at det var godt å bli etterspurt. En form for anerkjennelse med andre ord. Dette indikerer liten grad av relasjonell ledelse.

Videre undersøkte vi om det var noen faktorer i helseforetaket eller med ledelse som gjorde at legene som har sluttet å jobbe i helseforetaket, valgte å forlate. Informantene her viste til opplevelser som manglende tilrettelegging og anerkjennelse, byråkrati, produksjonsorientering og detaljstyring, dekoblet fag og ledelse. Alle disse var viktige årsaker til at flere sluttet. For noen var det heller ikke forenlig med familielivet. Noen anga at de i ny jobb fikk mer innflytelse over jobb og hverdag samt mer eierforhold til jobben blant annet ved at de opplevde seg viktig og nødvendig i jobben og fikk stor innflytelse. Noen beskrev at de fikk mer anerkjennelse og konstruktive tilbakemeldinger direkte fra leder i ny jobb og at dette oppleves svært motiverende. Andre oppga at de i ny jobb gjør mer «legeoppgaver» og fikk utnyttet ressursene bedre mens det i foretaket var blitt mer rutine og nesten ikke rom for å bruke sine kliniske ferdigheter.

Informant 7 sier det slik:

Fag og ledelse var helt frikoblet. Jeg gjorde faget mitt men så ikke ledelse. Dette var årsak til at jeg sluttet.

Informant 8 angir:

Hvis det hadde vært bedre opplæringsvilkår så hadde jeg kanskje ikke sluttet, for fagfeltet var så spennende. Hadde jeg følt at de var fornøyd med jobben jeg utførte,

hadde jeg fått tilbakemeldinger eller reell tilbakemelding på at de var misfornøyd, men du visste egentlig ikke hva de mente. Jeg savnet struktur og forutsigbarhet.

Dette indikerer at legejobben i det offentlige er blitt mer produksjonsorientert, og at det er liten involvering i den helhetlige driften samt liten grad av ivaretagelse både faglig og på det personlige plan.

Til slutt spurte vi alle legene om det var noe lederen deres kunne bidratt med for å beholde de i helseforetaket. Flere av spesialistene, både i og utenfor helseforetaket nevner mer tid og rom for fagutvikling og oppdatering. I dette utdypes det at kvalitet ligger i det daglige arbeidet. Det å stille riktig diagnose og gi bra behandling i det daglige, og ikke bare i enkeltmålinger som kommer oven ifra og ned for enkeltindikatorer for kvalitet, og som bestemmes av andre. Videre understreker informantene at ledere kunne vært mer involverende og inkluderende i beslutningsprosesser. Ikke bare i faget, men også i en mer helhetlig strategisk tenkning rundt fag og drift. De fleste etterspør anerkjennelse og konstruktive tilbakemeldinger fra leder. Informant 4 utdyper dette:

Det er aldri tilbakemelding på verdien av å ha faste overleger i stedet for vikarinnleide, som alle opplever som lite tilfredsstillende, både med hensyn til at det genererer ekstraarbeid når de drar og manglende kontinuitet. Jeg fikk følelsen av at det var de som gjorde meg en tjeneste når jeg takket ja til overlegestilling.

Flere oppgir at de aldri har hatt medarbeidersamtaler. Informant 6, som har forlatt helseforetaket, sier:

I min nåværende jobb skjer disse oppfølgingsamtalene jevnlig. Min gamle leder var for stresset til å gjøre en slik oppfølging. Det savnet jeg. Det var ikke kultur for dette.

Hos andre fremkom det at leder aldri har spurt hva som kunne være viktig for de i jobben og fremover. Informant 4 sier:

Det er det svært overraskende at de ikke spør om, for da kunne de sikkert rekruttert bedre.

ut fra svarene ser vi at det er flere faktorer lederen kunne bidratt med for å i større grad kunne beholdt legene i helseforetaket. Faktorer som er med på å fremme engasjement og motivasjon hos kunnskapsarbeidere er fraværende, mens faktorer som fremmer utbrenthet er til stedet hos begge grupper.

4.5 Oppsummering av empiri

Vi kan ut fra det vi har skrevet tidligere i dette kapitlet oppsummere våre hovedfunn slik:

Fravær av relasjonell ledelse

Informantene uttrykker at anerkjennelse og ivaretagelse fra leder er viktig, men at det i hovedsak er fraværende. Flere opplever utrygghet i relasjon med leder og mangel på tillit.

Dekobling mellom fag og drift

Informantene opplever liten grad av oversettelse av styringskrav ovenfra, spesielt administrative driftsbeslutninger. Informantene opplever også at viktig informasjon fra dem til leder ikke formidles oppover i systemet. Det fremkommer at det er mangelfull kommunikasjon mellom ledere og informanter, og konstruktive innspill knyttet til forbedring av drift fører ikke til endringer.

Motiverte kunnskapsmedarbeidere i bevegelse

Informantene formidler liten grad av medlederskap og involvering, samt liten mulighet for å holde en god faglig kvalitet og faglig utvikling. De opplever det er liten grad av tillit, ansvarliggjøring og dialog. Hvilket igjen medfører tap av motivasjon og engasjement.

5. Analyse

I dette kapitlet skal vi sammenfatte og drøfte resultatene fra empirien for å forsøke å presentere mulige svar på vårt hovedspørsmål; hvordan kan vi forklare at ledelse har betydning for å beholde legespesialister i helseforetak». Vi trekker inn relevant teori i drøftingen.

Informasjonen vi har fått fra informantene viser at forholdet mellom legespesialistene og ledere har stor betydning for om legespesialistene finner seg til rette og ikke slutter i helseforetaket.

5.1 Fravær av relasjonell ledelse

5.1.1 Relasjon

I svarene fra våre informanter fremkom fravær av relasjonell ledelse som et fellestrekk hos de fleste. Lederne ble beskrevet som nøytrale og i liten eller ingen grad støttende. Videre opplevdes flertallet av lederne som lukket. Når kun en av informantene beskrev leder som åpen og øvrige beskrev relasjon til leder som utrygg, står dette i kontrast til Fiedlers ledelsesteori (Jacobsen og Thorsvik, 2013) som sier at innflytelse ikke bare handler om personlige egenskaper hos leder, men om sosiale relasjoner. Vi er enige i at sosiale relasjoner er viktig for å skape tillit, men vi erfarer også at personlige egenskaper er vesentlige. Omsorg og interesse for medmennesker inngår også i personalledelse, og vi argumenterer derfor for at dette bør være en kvalitet som vektlegges når man selekterer og rekrutterer ledere. Også LMX- leder- medarbeider- utvekslingsteorien (Martinsen, 2013) understøtter dette. Lederen må skape relasjoner med sine medarbeidere. Siden medarbeiderne er forskjellige, må også lederne ta dette i betraktning og dermed utvikle forskjellige relasjoner tilpasset den enkelte medarbeider. Teorien vektlegger kommunikasjonen som viktig for at kvaliteten i relasjonen skal bli god (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Når legespesialistene beskriver en hverdag fjernt fra dette, hvor møtepunktene med leder ikke var regelmessig, eller knyttet til fag, fantes det dermed ingen arenaer hvor relasjonsbygging på individnivå kunne finne sted. Lederne ble dermed fremmede for sine medarbeidere og tilliten uteble tilsvarende.

5.1.2 Ivaretagelse

Ingen av informantene opplevde tilrettelegging fra nærmeste leder for at de skulle kunne gjøre en god jobb. Hverken faglig, tidsmessig, eller personlig. Det kom videre frem at ivaretagelsen av medarbeiderne i praksis var fraværende. Ingen av legespesialistene vi intervjuet hadde hatt medarbeidersamtaler. Slike samtaler tar sikte på at ledere og medarbeider kan samtale rundt tema som er viktige for medarbeideren, men gir også lederen anledning til å se den ansattes kompetanse, ressurser og eventuelle utfordringer i et videre perspektiv. Gjennom teorien om LMX og vektlegging av den enkelte medarbeiders kompetanse, personlige egenskaper, ferdigheter og hva medarbeideren ville kunne forvente av arbeidsoppgaver, utviklingsmuligheter og belønning hvis samarbeidet fungerer bra vil dette være med på å understøtte gjensidig tillit, respekt og lojalitet (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

5.1.3 Anerkjennelse

Legespesialistene definerte anerkjennelse som en positiv tilbakemelding på jobben man utfører. De beskrev deretter sin egen arbeidshverdag hvor anerkjennelsen for jobben de utførte i all hovedsak kom fra pasientene og sjelden eller aldri fra nærmeste leder eller øvrige ledere. Anerkjennelse fra leder var enten stilltiende, at de ikke ble korrigert eller det ble formidlet de som en kollektiv gruppe og ikke knyttet til den enkeltes jobbutførelse eller prestasjoner. De opplevde generelt veldig lite positive tilbakemeldinger på individnivå. I intervju kom det frem at våre informanter undret seg over at de hverken fikk anerkjennelse eller konstruktive tilbakemeldinger fra sine ledere. De opplevde dermed ingen verdsettelse for sin ekstrarolleadferd.

Etter å ha gjennomført alle intervjuene med spesialistene har vi reflektert rundt dette funnet. Det kan tenkes at lederne ikke reflekterer over at dette er et reelt behov hos spesialistene. Eller hvis det er et behov; at de får dette dekt i møte med pasient og deres pårørende. En av spesialistene reflekterte over at det kunne ha med kultur å gjøre. Spesialisten beskrev det slik at man skal ha et *godt lag med fuglefett* for å jobbe med dette. Vi tolker utsagnet dit hen at som lege må man herdes, og at denne prosessen var i seg selv en slags naturlig utvelgelsesprosess. I dette tilfellet oppfatter vi det slik at lederne hadde abdisert som personalleder for sine medarbeidere.

5.1.4 Potensialet i relasjonell ledelse

Flere studier viser at der ledere klarer å utvikle gode rollerelasjoner til sine medarbeidere vil dette føre til at medarbeidere tenker mer positivt om jobben de skal utføre og selve organisasjonen de er en del av. Dette er noe vi selv har erfart i egen jobb og med egen leder. De vil også prestere mer for å oppnå organisasjonsmessige mål og som når de er gode og velfungerende bidrar til at medarbeiderne får et mer positivt syn på organisasjonen som helhet og de mål man i felleskap skal jobbe mot og dermed også fører til en større lojalitet overfor oppgavene man er satt til å løse (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Tillitspreget adferd er av Kirkhaug (2014) karakterisert av fortrolighet, overbevisning, initiativ og arbeidsomhet, mens adferd preget av mistillit er karakterisert som forsiktighet, skepsis, tilbakeholdenhet, vaksomhet og årvåkenhet. Legespesialistene formidlet flere mangler i relasjonene med sine ledere, samt at det var få møtepunkter hvor dette kunne bygges. Det er vår tolkning at ved å investere mere tid i å bygge relasjoner, skapes det tillit som i tråd med Kirkhaugs figur 1, kvadrant 4 legger til rette for en sunn organisasjon med medarbeidere som både dedikerer seg mot felles mål, bidrar i kvalitetssikring og forvaltning av fellesskapets ressurser. Dermed kan de i enda større grad benytte sin kompetanse til nyskaping i egen virksomhet, de vil i større grad sosialiseres inn i organisasjonen og ikke bare i fagmiljøet. Vi ser ut fra dette at forholdene heller ikke ligger til rette for nyskaping og innovasjon.

5.2 Dekobling av fag og drift

5.2.1 Produksjonsorientering

Informantene våre opplevde at arbeidsoppgavene i hovedsak var meningsfulle og viktige. Men det fremkom også at flere av de som fortsatt jobber i helseforetaket og de som har forlatt opplevde oppgavene som tiltagende rutinepregede. De som hadde sluttet oppga at de i ny jobb fikk utnyttet legeressursene bedre, mens det i helseforetaket var blitt mer rutine og klart mindre rom for å bruke sine kliniske ferdigheter. Noen av faktorene som lå til grunn for at informantene hadde sluttet i helseforetaket var; byråkrati, produksjonsorientering, detaljstyring og dekoblet fag og ledelse, herunder også lite tillit og anerkjennelse, lite involvering og innflytelse.

Som Jacobsen og Thorsvik (2013) påpeker vil tradisjonelle former for ledelse som styring og kontroll være mindre hensiktsmessig overfor kunnskapsmedarbeidere. Jo mer leder griper styrende inn, jo mindre vil mulighetene være for å utnytte organisasjonens kunnskapsressurs på en kreativ måte. Vi vil argumentere for at relasjonsledelse i større grad vil kunne bidra til dette.

Vi finner likevel hos våre informanter at de i stor grad ledes utfra en teknisk lederstil, som beskrevet av Ole Berg (2016) er sentralisert, oppgaveorientert og med flere og flere standardiserte oppgaver. Dette oppleves av våre informanter som uheldig for fagutøvelsen, da detaljstyring og detaljerte prosedyrer blir en hemske, fordi det er de selv som besitter den beste kunnskapen om hvordan pasienten best behandles. Legespesialistene må dermed også for eksempel avvike fra behandlings- og utredningsprosedyrene for å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient. Overgangen fra hva Ole Berg kaller skjønnsmedisin, hvor legen bruker sitt kliniske erfaringsbaserte skjønn, og til regelmedisin som er prosedyrebasert og rokker ved legenes faglige grunnlag for god nok pasientbehandling. Som Akcoff (Berg, 2016) skriver, så er et teknisk problem i en bil et problem, men det er lokalt og kan løses permanent (2016). Slik er det ikke i håndteringen av pasienter, hvor det sjeldent er så avgrenset og hvor problemene må håndteres både erfaringsbasert og praktisk.

Det utdypes også fra flere informanter at de opplevde at kvaliteten lå i den daglige pasientbehandlingen- stille riktig diagnose, gi riktig behandling til rett tid, og ikke bare i nasjonale enkeltmålinger eller i målinger som var bestemt på høyere nivå i organisasjonen. Informantene opplevde at slike enkeltmålinger ble prioritert i stadig større grad.

Det fremkom også liten grad av begrunnelse fra ledere til medarbeidere for slike enkeltmålinger som kommer oven ifra og ned, i tillegg til at leder i liten grad involverte de som skulle gjennomføre målingene i prosess eller resultat. Dette medførte også at det av informantene opplevdes som meningsløse og tidssløsende oppgaver. Jakobsen og Thorsvik (2013) beskriver utfordringene relatert til kommunikasjon og problemer som kan oppstå når budskap skal formidles gjennom flere ledd. Selve innholdet og intensjonen i budskapet kan forandres. Dette kan ha ulike årsaker, men både leders egen situasjonsoppfatning og verdier kan ha betydning. Inkludering og medvirkning kunne medført en større forståelse for og eventuelt en bedre gjennomføring av slike «enkelt» prosjekter. Ole Berg poengterer også at det er viktig med både involvering og informasjon forut for iverksettelsesprosesser, for på

best mulig måte å oppnå motivasjon hos kunnskapsmedarbeidere. Dette ser vi også var fraværende hos våre informanter.

5.2.2 Dekobling

Det fremkom i intervjuene lite inkludering i beslutningsprosesser, som omhandlet både fag og drift. Informantene opplevde i liten grad å bli involvert i å skape et fellesskap om mandat og ansvar. Det fremkom at informantene i liten grad ble invitert inn i arbeidet med å utvikle strategier og konkretisere mandatet. Vi ser også her at relasjon og kommunikasjon er viktig som vist i den relasjonelle ledelsesformen. Ole Berg viser her til at jo mindre fellesskapet er jo mer må linjens ledere bruke makt. Jo mer konkretisert mandatet er jo vanskeligere er det å drive en slik form for fellesskapelig ledelse.

Dette gjenspeiler den typiske tekniske lederstil som New Public Management representerer, og som er mer hierarkisk preget og mer basert på mål- og resultatstyring (figur 2). Dette er i kontrast til den relasjonelle lederstil som tilstreber mer dialog og delegering av ansvar. Forskning har vist at ledere kan ved hjelp av en relasjonell lederstil oppnå både mål og resultateffekter ved i større grad å ta hensyn til sine medarbeideres behov og forslag (Eriksen og Martinsen, 2013).

Vi ser av sitatene at informantene har autonomi i selve fagutøvelsen for den enkelte pasient, men at de inkluderes lite i øvrig drift og styring av helseforetakets mål. Dette kan igjen medføre at medarbeiderne føler seg mer knyttet til egen profesjon enn de er til organisasjonen, slik Kirkhaug påpeker. Hensynet til organisasjonen settes dermed til side da de ikke er blitt sosialisert inn i organisasjonen, som dermed todeles. Dette igjen fremsetter behov for ny styring for målbare resultater og kriterier.

Hvis leder ikke har profesjonsbakgrunn, vanskeliggjøres evnen til evaluering av hvordan oppgavene best kan utføres, og det øker ytterligere behovet for kontroll hos leder. Dette fordrer, slik vi ser det, økt krav til fleksibilitet og ikke minst medledelse og involvering.

Frikobling av fag og drift fremkommer altså som en utfordring og de fleste informantene i begge grupper opplevde at de ikke ble hørt, eller hadde myndighet til å komme med eller lage løsninger utenfor det rent fagspesifikke, det er altså lite medledelse eller som Martinsen (2016) kaller det; empowerment. Empowerment vil igjen kunne redusere arbeidsbelastningen og tiden leder bruker til å kontrollere. Det stemmer også godt overens med Ole Berg (2016)

sin teori om ansvarliggjørende ledelse hvor «alle» deltar i ledelsen, men også at «alle» har adgang til å si ifra oppover. Å bli vist ansvar er i seg selv motiverende, da det viser at den som får ansvar blir trodd på og det gir også den som får ansvaret en bedre mulighet for å lykkes.

5.2.3 Forskyvning av arbeidsoppgaver

Videre fremkom det fra informantene at legeressursene ble oppfattet brukt uhensiktsmessig til tider. Det fremkom en forskyvning av oppgaver fra annet personell og til legene, som igjen medførte mindre tidsbruk til direkte pasientbehandling. Dette i tillegg til at informantene ikke opplevde noen mulighet til å planlegge egen arbeidsdag. Det var lite samsvar mellom ressurser og behov, men likevel en klar forventning om at uforutsette oppgaver ble utført innimellom de planlagte. Det fremkom også at selv om legene formidlet dette til nærmeste leder, fikk det ikke noen praktisk konsekvens. I likhet med at det var manglende oversettelse av krav ovenfra og ned, kan dette også tyde på manglende oversettelse nedenfra og opp i lederlinjen. Selv om informantene formidlet utfordringer som var av stor betydning for faglig drift tolket de det slik at det de formidlet ikke var av betydning for ledelsen siden det sjeldent var noen respons tilbake.

Selv om informantene tok ansvar ved å si ifra og komme med løsningsforslag opplevde de ikke å ha noen innflytelse. Karp (2013) skriver at «for å utøve lederskap så trenger du ikke være den formelle lederen, men en som kan og bør ta lederskap». Her tar altså medarbeiderne et personlig ansvar og initiativ for forbedring av driften, men det oppfattes ikke å bli fulgt opp av ledelsen i linjen. Dette er igjen med på å skape frustrasjon hos medarbeiderne, som kjenner driften og ser potensialet for å jobbe mer effektivt og på en mer hensiktsmessig måte. Manglende toveis kommunikasjon om slike utfordringer kan oppleves som en devaluering av deres kunnskap og kjennskap til fag og drift. Medarbeiderne spør seg om tilbakemeldinger og forslag de formidler ikke når frem til de som har beslutningsmyndigheten. Jacobsen og Thorsvik (2013) skriver at mellomledere ofte filtrerer budskap. Det kan være at den store informasjonsflyten mellom de hierarkiske leddene forsøkes begrenses og/eller hvis den formidles topplerne; at de på grunn av den store informasjonsstrømmen ikke evner å nyttiggjøre seg de konstruktive forslagene. I slike tilfeller kan budskap som oppleves viktige for medarbeiderne nå de rette beslutningstakerne for sent. Medarbeiderne mister tillit, resignerer, og slutter å si ifra. Det profesjonelle byråkratiet med delegering av beslutningsmyndighet, som Jacobsen og Thorsvik (2013) nevner, blir ikke vektlagt.

Legespesialistene opplevde et fravær av både personalledelse og koordinering av oppgaver. De reflekterte over om dette kunne skyldes at lederne manglet tid og kapasitet eller om det var en manglende bevissthet hos lederne eller mangel på ansvarliggjøring rundt lederoppgavene. Dette kan oppfattes å være en «abdiserende ledelse». Lederne ivaretar ikke høyt kompetente medarbeidere som sier ifra. Det er altså ingen kultur for ivaretagelse og medvirkning. Den opplevde suboptimale koordineringen gikk også i forskjellig grad ut over kvaliteten på arbeidet til legespesialistene slik de rapporterer her, og de var undrende til at dette ikke ble bedre ivaretatt av ledelsen når de ble informert, da det også kunne fått økonomiske implikasjoner. Det fremkom heller ikke beslutningsmyndighet hos informantene til å selv å kunne løse koordineringsutfordringene.

5.3 Dedikerte spesialister i bevegelse

5.3.1 Dedikerte legespesialister med stor arbeidsbelastning

Våre funn tyder på at alle informantene jobbet langt utover ordinær arbeidstid for å ivareta arbeidsoppgavene. Det fremkom at legespesialistene i gruppen som har forlatt jobbet flere timer i gjennomsnitt per uke enn de øvrige, 70 timer eller mer. Begge grupper brukte også fritiden til å utføre arbeidsoppgaver eller faglig oppdatering, også uten kompensasjon. Informantene opplevde en genuin interesse og et ektefølt ansvar for å gjøre en god jobb, altså en opplevelse av ansvar for utfallet av jobben. Altså mye jobb som igjen representerer en høy dedikasjon og motivasjon for faget og pasientarbeidet.

Vår erfaring er i likhet med Ole Bergs teori (2016) at medarbeidere kan motiveres for å gjøre en best mulig jobb. Dagens helsevesen er preget av krav og forventninger om nøyaktighet, faglig kompetanse, prosedyrer og skjønnsmessige vurderinger. Dette gir igjen krav til ledere om at de må bidra slik at medarbeiderne klarer å utføre sine oppgaver med trygghet for både brukerne og også seg selv.

Det fremkommer at det er var lite mulighet for legespesialistene til å få anledning fra ledelsen til å holde seg faglig oppdatert eller å få faglige eller personlige utviklingsmuligheter på jobb. Dette står i kontrast til teori om ledelse av kunnskapsmedarbeidere. Nordhaug (2002) understreker viktigheten av at kunnskapsbedrifter nyttiggjør seg kunnskapen for å kunne benytte den i innovasjon og nytenkning også. Samt at kompetansen til, i dette tilfellet, legespesialistene anses å være den mest kritiske ressurs i tillegg til at den er avgjørende for

den daglige pasientbehandling. Ledere må derfor tiltrekke og stimulere kompetansen for å beholde den. Det fremkommer både hos Jakobsen og Thorsvik (2013), Hillestad (2000) og Ole Berg (2016) at faglig og personlig utvikling samt faglige utfordringer er nøkkelen til at de attraktive kunnskapsmedarbeidere blir i virksomheten. Hillestad (2000) peker på kompetanseutvikling som et konkurransefortrinn for moderne bedrifter og at man vil kunne kompensere for et begrenset økonomisk handlingsrom siden det er mye mer kostnadskrevenne at kunnskapsmedarbeiderne forlater virksomheten.

5.3.2 Motivasjon og trivsel

Maslows motivasjonsteori er kjent og opphavet til mange av motivasjonsteoriene som er kommet i nyere tid. Maslows teori har sterkt fokus på individet og han mente de menneskelige behov kunne deles i fem hovedkategorier. Videre sier han at mennesket har en rekke ulike behov som oppstår i en bestemt rekkefølge. Behovene er ordnet hierarkisk slik at behov nr 1 må være oppfylt før behov nr 2 dukker opp osv (se figur 3). Maslow mener at de grunnleggende behovene må dekkes først, både i det private liv og i yrkeslivet.

Herzeberg mente at faktorene som skaper trivsel er tett knyttet til arbeidet og arbeidsutførelsen. Han kalte faktorene motiveringsfaktorer som omfatter anerkjennelse og selvrealisering.

Herzebergs faktorer som motvirker mistrivsel forstås som at de omfatter de laveste nivåene i Maslows behovspyramide- fysiologiske behov, trygghetsbehov og sosiale behov. Vi tolker Herzeberg slik at hygienefaktorene har med arbeidsforholdene å gjøre mens motivasjonsfaktorene har å gjøre med selve arbeidet. Vi ser at hos våre informanter utgjør selve arbeidet, altså pasientene og fagutøvelsen, den viktigste motivasjonsfaktoren. Mens faktorer knyttet til organisering, drift og ivaretagelse av de ansatte er hygienefaktorer, eller ledelsesforhold, slik vi tolker det.

Å ikke mistrives er ikke det samme som å trives. Hvis for eksempel forholdene rundt arbeidsoppgavene som skal løses ikke er klarlagt, kan det skape mistrivsel. Hvis det skurrer mellom leder og ansatt, og det bygges opp usikkerhet i forhold til arbeidssituasjonen, er dette faktorer som kan bidra til mistrivsel. Samtidig så forstås det slik at hvis faktorene er tilstede, så er det ikke dermed sagt at man trives likevel (Berg, 2016). Hos våre informanter fremkom det klart at motivasjonsfaktorene er faget og pasientene. Mens faktorer som i henhold til Herzeberg kan medføre mistrivsel er tilstede hos flere; lite involvering, stort tidspress, liten

ivaretagelse av legespesialistene, utrygge forhold til leder, og manglende relasjonell dimensjon i forhold til leder. Dette betyr at flere av de grunnleggende behov for å trives, både i privat- og yrkesliv ikke er tilstede hos våre informanter. Spesielt ikke hos de legespesialistene som har forlatt helseforetaket.

I begge grupper påvirket jobben privat- og familielivet, men kanskje noe mer i gruppen som har forlatt. Dette er gjenkjennbart, leger opplever gjerne at de jobber for en faglighet og et større hele, noe som går ut over seg selv- såkalt prososial motivasjon, som også Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver, og dette har vist seg å ha en sterk motiverende effekt.

5.3.3 Indre motivasjon

Det fremkommer at våre informanter er svært dedikerte til jobben og faget, og at de dermed ikke er avhengig av å motiveres av leder - de har en grunnleggende stor egenmotivasjon. Til tross for at de rapporterer lite opplevd tillit og ivaretagelse fra leder, lite involvering og utviklingsmuligheter samt stor grad av detaljstyring med dekoblet fag og drift har de fleste beholdt motivasjonen for selve pasientarbeidet. Dette er et paradoks, og vi mener det indikerer at legespesialistene er svært lojale overfor arbeidsoppgavene og legekollegene. Dette betyr også at den indre motivasjonen for det spesifikke pasientarbeidet og faget er så sterk at det i større grad vil være "omgivelsesfaktorene" for eksempel utfordringer vedrørende drift, manglende involvering og medbestemmelse som kan påvirke medarbeidere i negativ retning hva gjelder jobbmotivasjon og dermed medføre mistriivsel og ønske om å forlate.

Som Ole Berg (2016) skriver så er man i stand til å styre seg selv langt strengere enn en leder ville gjort om man er indre motivert, dette fremkommer også hos våre informanter som bruker mye av fritiden sin til jobbrelaterte oppgaver, også uten kompensasjon. Det er altså ikke ytre faktorer som lønn eller belønninger som gir motivasjon. Det er de indre faktorer som i hovedsak er drivkraft og i dette tilfellet pasientarbeidet og faget, kanskje hos noen også en opplevelse av sosial tilhørighet i kollegiet. I henhold til Alderfer og Maslow representerer dette de «høyere behov» i behovspyramiden, altså henholdsvis vekstbehov/ relasjonsbehov og anerkjennelse/ selvrealisering. Altså det indre utbyttet som arbeidet gir medarbeiderne; en følelse av mestring eller å gjøre noe verdifullt. Det fremkommer at legespesialistene har svært høye krav til seg selv og sin jobbutøvelse, langt ut over hva som kan forventes av en arbeidstaker, noe vi også gjenkjenner.

5.3.4 Kunnskapsmedarbeidere

Det er også vår erfaring, uavhengig av ståsted, at leder har en viktig rolle i å forhindre mistriivsel hos kunnskapsmedarbeidere ved å sørge for at blant annet relasjonsbehov og selvrealisering er tilstede, i tillegg til de grunnleggende behov. Slik det også fremkommer i teori om at ledere i kompetansebedrifter må stimulere nødvendig kompetanse slik at den ikke forsvinner (Nordhaug 2002) og i tillegg sørge for å dele myndighet og innflytelse (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Den tradisjonelle form for ledelse, med styring og kontroll er lite hensiktsmessig for kunnskapsmedarbeidere og vil i liten grad utnytte organisasjonens kunnskapsressurs på en god måte. Jacobsen og Thorsvik (2013) finner også at jobbtrivsel henger sammen med jobbutforming. Hos våre informanter, i begge grupper ser vi at forhold ved ledelse som manglende tilrettelegging og koordinering av arbeidet samt lite delegering av myndighet, lite medledelse og involvering igjen skaper lite jobbtrivsel. Disse faktorene er også oppgitt som noen av de viktigste årsakene til at flere av legespesialistene sluttet eller ønsker å slutte.

Det poengteres at Herzebergs hygienefaktorer kun i noen grad er tilstede da det bare var lønnsforholdene som vi oppfattet var akseptable, selv om dette ikke ble direkte spurt om. Det var dog ingen av informantene som oppga lønn som faktor til å verken forlate eller forbli i helseforetaket. Vi ser at informantene også utfra dette er lite ytre incentivpreget, og at lønn derfor i mindre grad vil kunne være et styringsredskap for helseforetaket. Dette poengteres også Einarsen (2016) i sin teori; kunnskapsmedarbeidere lar seg ikke motivere med enkle virkemidler eller overvåking. Derimot var det omkringliggende faktorer, altså arbeids- eller heller ledelsesforholdene som skapte mistriivsel, og vi mener derfor å kunne si at hygienefaktorene ikke var tilstede.

Som beskrevet i teorien av Martinsen (2013) vil ledere som fremmer selvledelse sette medarbeidere i stand til å lede seg selv og lederne vil da legge mindre vekt på overvåking og kontroll. Vi ser utfra våre informanters svar at de er svært dedikerte til arbeidsoppgavene. Ut fra dette er de ikke i behov av å kontrolleres for å gjøre arbeidsoppgaven. De er kanskje tvert imot i behov av mer støtte, tilrettelegging og ivaretagelse av seg selv fra leder. Den store arbeidsmengden gjorde seg også utslag i at de ikke opplevde at det var rom for å foreta prioriteringer innenfor og mellom de ulike livssfærene uten at det gikk ut over kvantiteten og

kvaliteten på arbeidet. Dette fremkom spesielt hos de som har forlatt helseforetaket. Altså har legespesialistene liten kontroll på oppgavestrømmen og de er liten herre over egen arbeidstid i tillegg til at de har svært høye krav til seg selv. Dette kan igjen medføre, som her, manglende opplevelse av mestring mellom livssfærer, utilstrekkelighet og mindre trivsel, altså et fravær av hygienefaktorer. Også dette oppfattes å være faktorer forbundet med ledelse, eller heller et fravær av kunnskapsledelse. Ifølge teorien til Einarsen (2016) så må de praktiske forhold være gode og det må være tilrettelegging og ivaretagelse fra leder for at den enkeltes motivasjon skal være utslagsgivende.

Vi ser at flere av informantene er utsatt for langvarige belastninger med svært mye jobb, ansvar, opplevelse av utilstrekkelighet, ubalanse mellom jobb og fritid, samt utfordringer med å klare å hente seg inn mellom tøffe jobbøker uten mulighet for selv å påvirke, og med lite innflytelse. Det fremkommer at det er liten ivaretagelse fra ledere i tillegg til at legespesialistene har liten innflytelse og medvirkning i kunnskapsbedriften. Spesielt fremkom dette i gruppen som har forlatt helseforetaket. De fleste, og især spesialistene som har forlatt helseforetaket, opplevde at jobben påvirket fritiden og privatlivet deres på en lite tilfredsstillende måte, spesielt fordi det gikk ut over familien. Informantene hadde så høye krav til seg selv og ivaretagelse av pasientene at de lot arbeidet gå ut over privatsfæren. Dette indikerer at legeyrket er en profesjon på heltid, som det er knyttet store forventninger til, både fra legen selv men også fra pasienter, omgivelser og sykehus. Ønsket om å være en god lege kan utfordre legers balanse mellom jobb og hjem. Flere av informantene må konsekvent bruke fritiden til å holde seg faglig oppdatert, og vi ser med dette at leger strekker seg svært langt for å holde et høyt faglig nivå, når det ikke gis tid eller mulighet for slik oppdatering i arbeidstiden. Noen av informantene opplever at de yngre legene i kanskje større grad enn før ser på legerollen som en jobb og setter mer grenser for seg selv, mens de litt eldre har det fortsatt mer som et kall.

Alt som støtter opp om kunnskapsmedarbeideres indre motivasjon og ikke minst jobbforholdene blir dermed viktig for leder å ivareta, for å redusere muligheten for at legespesialistene mistrives og at de dermed forlater helseforetaket når andre muligheter byr seg. Det viktigste for kunnskapsmedarbeidere er å ha ledere som inviterer til medvirkning, deler myndighet og innflytelse, gir autonomi, har kjennskap til fagutøvelsen, som gir mulighet

for faglig og personlig utvikling og med en relasjonell dimensjon for ivaretagelse, trygghet og tilrettelegging (Jacobsen og Thorsvik, 2013, Ole Berg, 2016).

5.3.3 Legespesialister i bevegelse

I vår undersøkelse fremkommer det at legespesialistene som er i helseforetaket i stor grad har tenkt på eller tenker på å forlate. Forhold som ligger til grunn for dette er manglende kunnskapsledelse herunder også en manglende relasjonell dimensjon av trygghet, tillit, anerkjennelse og ivaretagelse. Årsakene som fremkommer til at de foreløpig ikke har forlatt er manglende jobbalternativ i det samme geografiske området som helseforetaket. Det fremkommer også at de som allerede har forlatt har gjort det med bakgrunn i ledelsesforholdene. Forskningen til Tait og medarbeidere ved Mayoklinikken (2017), fremhever viktigheten av å selektere ledere med kvaliteter som forståelse for faget, evne til å lytte, tilrettelegge, inkludere, promotere selv-ivaretagelse og jobb-fritid integrering som viktige momenter for ledelse av legespesialister.

Det er altså forholdene mellom leder og legespesialist som i hovedsak avgjør om legespesialister forlater, og det viser seg at det er samme grunn til at de som fortsatt jobber i helseforetaket har tanker eller ønske om å forlate.

Dette forteller oss at teknisk eller produksjonsorientert ledelse, som også de nasjonale lederkrav for ledelse i helseforetak er tuftet på, ikke er så godt egnet til å holde på kunnskapsmedarbeidere.

Det fremstår for oss ut ifra funnene at lederne heller ikke blir ansvarliggjort for ikke å klare og beholde de viktige legespesialistene som de har utdannet, og vi undrer oss over hva dette skyldes. Er det et utslag av utydelige lederoppgaver, "abdiserende ledelse" eller en kultur? Det medfører et ressurstap for helseforetaket å miste spesialistkompetanse. Det er altså ikke nødvendigvis antallet spesialister man mister men forekomsten av spesialistkompetanse, som får store ringvirkninger for helseforetaket. Dette igjen kan medføre ressurstap ved at kompetansen må erstattes kortsiktig av vikarer og langsiktig ved at nye leger må spesialiseres. I tillegg har helseforetaket allerede brukt ressurser og tid på å utdanne spesialisten som forlater.

6. Oppsummering, implikasjoner og kritisk refleksjon

6.1 Oppsummering

I innledningen til oppgaven skriver vi at det er viktig at vi i fremtiden greier å beholde de legespesialistene som allerede er utdannet. Sett i lys av ressurs og kompetanseutfordringene vi vil stå overfor, som anført i Helsedirektoratets rapport (2017) må vi også evne å rekruttere nye spesialister. Resultatet av å ikke ha nok fast ansatte legespesialister er at helseforetaket må bruke store økonomiske ressurser på innleie av vikarer, som anført i Dagens medisin (22.01.18).

Vi har derfor en motivasjon i denne oppgaven for å se på om vi kan forstå at legespesialister slutter eller ønsker å slutte i helseforetaket med utgangspunkt i teori om ledelse.

Det fremkommer liten forskjell i funnene mellom de to gruppene informanter. Våre informanter opplever et fravær av relasjonell ledelse. Herunder fravær av tillit, anerkjennelse og ivaretagelse, mellom legespesialist og leder. Teori om relasjonell ledelse peker på at disse faktorene nettopp er viktige i ledelse av kunnskapsmedarbeidere.

Videre fremkom det en klar dekobling mellom fag og drift i form av mangelfull kommunikasjon mellom ledere og legespesialister. Hvor legespesialistene opplevde liten grad av oversettelse ovenfra og liten medvirkning og involvering oppover i systemet - legespesialistene opplever at de ikke blir hørt. Dette er sammenfallende funn med den siste undersøkelsen utført av legeforeningen som kommenteres i NRK, Dagsnytt atten 31.05.18. Her uttaler overlege Trude Basso «legene anbefaler ikke legeyrket til andre» med begrunnelse at det er manglende involvering og medbestemmelse og at det er for lang avstand fra legespesialistene til der hvor beslutninger tas. Olaug Bollestad, leder i helse og omsorgskomiteen understøtter i samme program dette ved å si; «Vi har et ansvar for å sikre medvirkning for legene, og involvering på ledersiden må bli større». Bjørn Erikstein, direktør ved Oslo Universitetssykehus kommenterer også at det er et ledelsesproblem når organiseringen av arbeidet ikke er bra nok. Dette støtter godt opp om våre funn.

Videre ser vi av våre funn at det utøves lite av det som i litteraturen benevnes som kunnskapsledelse. Indre motivasjon fremstår som den sterkeste styringsmekanismen for kunnskapsmedarbeidere. Våre informanter er svært dedikerte spesialister med høye krav til seg selv, men de opplever manglende trivsel i jobben i helseforetaket, dette var sammenfallende både for de som nå jobber i helseforetaket og de som har forlatt. De peker på

at det ikke er pasientarbeidet eller faget, men forholdene rundt, altså ledelsesforholdene. Mangel på innflytelse, medvirkning, autonomi, mulighet for faglig og personlig utvikling i tillegg til opplevelse av utilstrekkelighet er det som spesielt nevnes.

I lys av teori og våre funn forstår vi det slik at det er forhold ved ledelse, og forholdene mellom leder og legespesialist som i hovedsak avgjør om legespesialister forlater, og det viser seg at det er samme grunn til at de som fortsatt jobber i helseforetaket har tanker eller ønske om å forlate.

6.2 Implikasjoner

Det er viktig for kunnskapsorganisasjoner å vite hva som motiverer fagpersoner. Dette for å motivere de som bare er potensielle medarbeidere til å forsøke å bli medarbeidere, og de som allerede er medarbeidere til å forbli det.

Ut fra våre funn og teori om ledelse vil en viktig implikasjon være å selektere og rekruttere ledere også etter personlige egenskaper og kjennskap til hvordan kunnskapsbedrifter fungerer. Dessuten bør ledere forstå hvordan kunnskapsmedarbeidere motiveres. Dette for å unngå ressurstap og for å forvalte fellesskapets ressurser på en god måte samt ivareta den viktige funksjonen helseforetak har for befolkningen.

Informantene var svært motiverte og dedikerte til sitt fag og sine arbeidsoppgaver. Det er et godt utgangspunkt for å oppnå trivsel. Det kan tenkes at ledere ved å gjøre enkle grep rundt egen lederstil, ved å bygge relasjoner og invitere til medvirkning vil kunne ha stor effekt på medarbeiderne ved at tilliten økes og dermed også dedikasjonene og lojaliteten til egen organisasjon og ikke bare eget fag. Medarbeiderne vil da kunne oppleve en større sosial tilhørighet til arbeidsstedet.

Det er i hovedsak utøvelsen av lederrollen som i denne oppgaven fremkommer utfordrende.

Det vil derfor være viktig å ha god seleksjon av fremtidige ledere som innehar riktige personlige egenskaper og motivasjon for å fylle rollen. Videre vil kompetanse om hvordan kunnskapsbedrifter fungerer være et viktig moment å vektlegge i utdanningen av ledere. Ledere må i større grad ansvarlig gjøres i lederrollen.

Det anses lite kostnadskrevende å iverksette tiltak som tilrettelegging og reell medvirkning, sett i sammenheng med ressurstapet det vil være at spesialistene forlater helseforetaket.

6.3 Kritisk refleksjon

I denne oppgaven har vi ikke tatt høyde for kjønnsforskjeller, ei heller hvilken spesialitet informantene jobber i. Potensielt vil type spesialitet kunne ha betydning siden noen spesialiteter nødvendigvis er mer regelbundne og detaljstyrte enn andre.

Hva gjelder legespesialistene som har forlatt helseforetaket, så har de forlatt over et større tidsspenn. Det kan bety at det ble utøvet en annen type ledelse enn i dag. Vi har heller ikke hensyntatt organisasjonskultur eller hvilken profesjon lederen har, som også kan være en viktig faktor.

Videre vil resultatet ikke kunne sies å være generaliserbar informasjon siden det er en kvalitativ undersøkelse, men likevel mener vi den kan gi en pekepinn om hva som oppleves viktig for å beholde legespesialister i helseforetaket, ut ifra et ledelsesperspektiv og aktuell teori om tema.

7. Litteraturliste

Amundsen & Martinsen. *Empowering leadership*. The Leadership Quarterly, 2013, 25(3), 487-511.

Andersen, J. A. (2011). *Ledelsesteorier*. Fagbokforlaget.

Binney J. et al. (2012). *Living leadership a practical guide for ordinary heroes*. Pearson education Limited.

Burns, B. (1979). *Leadership*. New York: Harper & Row.

Berg O. Forelesningskompendium 2016. MBA helseledelse, Nord Universitet.

Cliffe S. (2015). Leadership. *Leadership qualities vs Competence: Which matters more?* Harvard Business Review.

Cuncliffe A. L. (2013). *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about Management*. Sage Publications.

Hanger M. Dagens Medisin. *Bruker milliarder på å leie inn helsepersonell*. 22.01.18:
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/01/22/bruker-milliarder-pa-a-leie-inn-helsepersonell/>

Dagsnytt atten 31.05.18, NRK. *Overlege anbefaler ikke legeyrket*:
<https://tv.nrk.no/serie/dagsnytt-atten-tv/NNFA56053118/31-05-2018>.

Einarsen S. og Skogstad A. (2016) *Den dyktige medarbeider*. Fagbokforlaget.

Espedal G. (2010). «Ros». Gyldendal akademiske forlag.

Harvey M. et al. (2011) *Leadership studies the dialogue of disciplines*. Edward Elgar Publishing Limited.

Helsedirektoratets rapport (2017):

https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1444/IS_2728_%C3%A5srapport%202017%20-%20Helsedirektoratet.pdf

Hillestad T. (2000). *Kunsten å lede kunnskapsmedarbeidere*. Magma 2/2000:
<https://www.magma.no/kunsten-aa-lede-kunnskapsmedarbeidere>.

Jakobsen, O. Forelesningsnotater 2017, MBA studiet, Nord Universitet.

Johannessen, A og Tuft PA (2011). *Forskningsmetode*. Abstract forlag.

Karp T (2013). *Ledelse I sannhetens øyeblikk*. Cappelen Akademiske Forlag.

Kirkhaug R. (2013). *Verdibasert ledelse*. Universitetsforlaget.

Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak, 2012:

https://www.google.com/search?q=nasjonal+plattform+for+ledelse+i+helseforetak&sourceid=ie7&rls=com.microsoft:nb-NO:IE-SearchBox&ie=&oe=&gws_rd=ssl

Nordhaug O. (2002). *Kunnskapsledelse, trender og utfordringer*. Universitetsforlaget.

Tengblad S. (2012). *The work of managers towards a practice theory management*. Oxford University Press.

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

Tait D and Noseworthy J. *Executive leadership and physician Well-being: Nine organizational Strategies to promote Engagement and Reduce Burnout*. Mayo Clin Proc. Jan 2017;92 (1): 129-146.

Yukl, G. (2009). *Leadership in organizations*, 7. Edn, Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

8. Vedlegg

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Ledelse i kunnskapsorganisasjoner. En studie i helsetjenesten»

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å undersøke om det finnes viktige faktorer som gjør at legespesialister forblir eller forlater spesialisthelsetjenesten. Forskningsspørsmålet er: "Hvordan kan vi med utgangspunkt i teori ledelse forstå at legespesialister slutter eller ønsker å slutte i helseforetaket?" Prosjektet er en master i helseledelse ved Nord universitet i regi av Helse Nord.

Utvalget av informanter er basert på følgende kriterier: Gruppen av informanter er todelt. Den ene gruppen har tidligere jobbet ved Nordlandssykehuset HF, men har byttet arbeidssted. Den andre gruppen jobber for tiden ved Nordlandssykehuset HF. Alle var/ er overordnede leger.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Det vil bli et kvalitativt intervju og informanten vil bli anonymisert. Data som innhentes vil bli lagret som notat og de mest vesentlige poeng trekkes ut for videre bruk i oppgaven. Spørsmålene vil blant annet omhandle opplevelse av ledelse og jobbmotivasjon. Ved bruk av sitater, oversendes de for sitatsjekk.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studentene og veileder som vil ha tilgang til personopplysninger. Informantene blir nummerert og data vil lagres i låsbare arkivskap under arbeidet med oppgaven, for deretter å bli makulert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.06.18 og alle data som er innhentet i intervju vil bli makulert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker har spørsmål til studien eller ønsker å trekke deg, ta kontakt med Hedda Soløy-Nilsen på tlf: 957 84 141 eller Irene Flatvoll-Pedersen tlf: 415 83 184. Vår veileder er professor Inger Johanne Pettersen tlf: 908 46 930.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Innledning til intervjuene til informanter:

Anonymitet. Vi spør ikke etter spesialitet eller arbeidssted, hverken nå eller tidligere. Informantene kjennetegnes ved nummerering fra 1-8. 1-4 er i spesialisthelsetjenesten. 5-8 har sluttet. Vi tar notater fra intervjuet og bruker uttrekk av dette i oppgaven.

Vi ønsker å gjøre en spørreundersøkelse med følgende problemstilling:

«Hvordan kan man med utgangspunkt i teori om ledelse forstå at legespesialister slutter eller ønsker å slutte i helseforetaket?». Vi søker svar på hvordan vi kan forklare at overordnede leger blir værende eller forlater helseforetaket, og hvilke faktorer du opplever er viktig for dette. Disse spørsmålene gjelder jobben du har/ hadde i spesialisthelsetjenesten.

Nr.	Spørsmål	Definisjon/ Utdyping	Teori
1. a)	Hvordan opplever/opplevde du arbeidsoppgavene dine i spesialisthelsetjenesten?	Meningsfulle, viktig, utfordrende, interessante og varierte. Hvorfor/ hvorfor ikke?	Motivasjonsledelse, ledelse av kunnskapsmedarbeidere
1. b)	Hvor mange ca timer jobber/ jobbet du per uke i gjennomsnitt?		
2.	Autonomi. Opplever/ opplevde du frihet til å planlegge arbeidsdagen?	Har du innflytelse over eget arbeid og arbeidssituasjon. I hvilken grad?	Motivasjonsledelse. Ledelse av kunnskapsmedarbeidere.
3.a	Hvordan ligger forholdene til rette for å utføre jobben med god kvalitet?	Er arbeidsmengde overkommelig? Mulighet til å regulere tidsbruk selv? Planlegge egen hverdag?	Lederstil.Motivasjonsledelse.
b)	Hender/ hendte det at du føler/ følte stor grad av utilstrekkelighet i jobben?		Ledelse av kunnskapsmedarbeidere.

			motivasjon
4. a)	I hvilken grad får/ fikk du bekræftelse/ anerkjennelse for innsatsen	Hva legger du i ordet anerkjennelse? Opplever du å få det, feks ros, skryt, oppmerksomhet, konstruktive tilbakemeldinger.	Relasjonsledelse, motivasjonsteori
b)	Hvem gir/ ga isåfall anerkjennelsen?	Indre/ egen anerkjennelse eller motivasjon.	Relasjonsledelse. Motivasjonsteori
5.	Hvilke utviklingsmuligheter opplever/ opplevde du i jobben din?	Faglige/ personlige. Muligheter for faglig oppdatering	Motivasjon-relasjonsteori, stabilisering
6.a)	Nå skal vi spørre hvordan du opplever nærmeste leder, og tar utgangspunkt i det vi kaller «lederstil». Hvordan opplever/ opplevde du lederstilen til din nærmeste leder?	Støttende/nøytral. Inkluderende i beslutninger/lite inkluderende. Mye medbestemmelse/ lite medbestemmelse. Åpen/lukket. Ansvarliggjørende/kontrollerende. Mye tillit/lite tillit.	Relasjonsledelse. Ledelse av kunnskapsmedarbeidere.
b)	Opplever du at leder legger/ la til rette for deg for å gjøre en god jobb?	Fasiliterer/ tilrettelegger	Lederstil. Relasjonsledelse. Ledelse av kunnskapsmedarbeidere
7. a)	Hvordan er/ var ditt personlige forhold til nærmeste leder?	Relasjon. Lett/ vanskelig. Lite/ mye samhörighet, God/dårlig ivaretagelse. Positiv samhandling. Utrygg/ åpen.	Relasjonsledelse.

7. b)	Hvordan opplever/ opplevde du kommunikasjonen med din nærmeste leder.	Hvor ofte i en gjennomsnittsuke møter/ møtte du lederen direkte? Dialog, drøfte, diskutere, småprat, mail, tilgjengelighet.	Lederstil. Relasjonsledelse. Motivasjon
8.	Hvordan opplever/ opplevde du at balansen er/ var mellom arbeidstid og fritid?	Påvirker jobben din fritid og privatliv på en tilfredsstillende måte	Ledelse av kunnskapsmedarbeidere Selvledelse.
9.	Hva opplever du er viktigst for deg i jobben din for at du skal trives og være engasjert?		stabilisering
10. For helseforetaket	Hvilke faktorer gjør at du har valgt å bli i spesialisthelsetjenesten?		Stabilisering
11. For de utenfor HF	Er det noen faktorer i helseforetaket som gjør at du har valgt å forlate?	Har det noe med ledelse å gjøre?	stabilisering
12.	Er det noe lederen din i HF kunne bidratt med for å beholde deg i HF`et, og i så fall hva?		Ledelse av kunnskapsmedarbeidere, stabilisering