

# Betydningen av ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlere i psykisk helsevern for barn og unge

Veronica Beate Rogne Rønnberg

MASTEROPPGAVE

Vår 2023

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

Avdeling for helseledelse og helseadministrasjon

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo



**UiO : Universitetet i Oslo**

## **Forord**

Masteroppgaven er siste del av det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon ved det medisinske fakultet ved universitetet i Oslo. Arbeidet med oppgaven har vært en tosidig opplevelse. Det har vært en krevende øvelse å gjennomføre den ved siden av lederstilling i helsevesenet og familieliv, og i perioder har jeg rett og slett kjent på utilstrekkelighet på alle plan. Samtidig har det vært en spennende reise som har gitt meg verdifull innsikt i hva de kliniske behandlerne i BUP opplever betydningsfullt i samarbeidet med sin nærmeste leder.

Jeg har arbeidet i psykisk helsevern i over 20 år, både i VOP og BUP i tre ulike helseforetak. Først som klinisk behandler, deretter som klinisk behandler kombinert med rollen som teamkoordinator og nå som førstelinjeleder. Undersøkelsen er gjort i andre helseforetak enn de jeg selv har jobbet i og drevet av min egen interesse og uten påvirkning av andre aktører.

Jeg vil først rette en stor takk til min veileder professor Jan Frich, som i stødig dialog har ledet meg gjennom hele denne oppgaveprosessen. Tusen takk for all din støtte, kompetente refleksjoner, faglige innspill og veiledning godt tilpasset mitt fokus og mine behov.

Takk til lederne som spurte sine ansatte om deltagelse i denne studien, til tross for at de hadde mer presserende oppgaver til fordeling. Og inderlig takk til travle informanter som bidro inn i studien med sin tid og sine fine refleksjoner om betydningen av ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon. Deres bidrag har gitt meg motivasjon til å kunne fullføre oppgaven.

Takk til min arbeidsgiver Oslo Universitetssykehus som har gitt meg nødvendige rammer og mulighet til å gjennomføre denne mastergraden. Og takk til gode kollegaer for all støtte og forståelse for at denne mastergraden og masteroppgaven har krevd oppmerksomhet og tid.

Takk til familie og venner som har vist interesse for studien og heiet på meg i dette arbeidet.

Jeg vil rette en spesiell takk til min kjære ektemann Olof og våre tre fantastiske døtre Nora, Ylva og Tuva for helt enormt mye tålmodighet gjennom hele dette utdanningsforløpet. Bare masteroppgaven i seg selv har krevd mye tid og grepet inn i kvelder, helger og ferier. Vi er alle fem like glade for at denne oppgaven er ferdig. Nå kan vi igjen nyte ferier og helger på hytta uten at jeg sitter og studerer.

*Veronica*

Fornebu, mai 2023

# **Sammendrag**

## **Bakgrunn og problemstilling**

Kliniske behandlere i BUP har spesialisert fagekspertise og håndterer dynamiske og komplekse arbeidsoppgaver som vanskelig lar seg beskrive gjennom rutiner alene og gir mye av seg selv i møtene med pasientene og deres familier. Opplevd trivsel og motivasjon i arbeidshverdagen kan påvirke engasjement, effektivitet og kvaliteten på pasientbehandling. Denne studien har til formål å utforske hvilken betydning ledelse har for trivsel og motivasjon hos kliniske behandlere i BUP, med vekt på tre forskningsspørsmål: 1) Hvilken lederatferd oppleves fremmede og/eller hemmende for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlere i BUP? 2) Har behandlernes profesjonsbakgrunn og grad av erfaring/klinisk spesialisering noen betydning for opplevd ledelsesbehov? 3) Opplever behandlerne at leders profesjonsbakgrunn og eventuell kliniske erfaring er av relevant betydning for hvordan ledelse blir utøvd?

## **Metode**

Studien er basert på data fra syv semistrukturerte intervjuer med et strategisk utvalg av kliniske behandlere ansatt i BUP, her representert av psykologer, psykologspesialister og sosionomer med klinisk fordypning. Systematisk tekstkondensering er brukt som kvalitativ analysemetode.

## **Resultat**

Ledelse er direkte og indirekte av betydning for arbeidsforhold som fremmer trivsel og motivasjon hos de kliniske behandlerne. Sentrale tema er tillit, anerkjennelse, meningsfullhet, fleksibilitet, innvirkning, balanse i arbeidsoppgaver, mestring, utvikling, meningsfullhet og kollegialt fellesskap. Klinikernes behov er sammenfallende på tvers av profesjon, mens type behov synes endres med økt erfaring. Ledere med helserelatert profesjon og relevant erfaring oppleves å ha best forutsetning for å forstå den kliniske hverdagen, gi tillit til og delta i dialektisk dialog med hver enkelt behandler for å skape rammer, sammenheng og mening.

## **Konklusjon**

Ledelse fremstår betydningsfullt både i den direkte kontakten med behandlerne og indirekte gjennom tilrettelegging for andre forhold som virker fremmede for trivsel og motivasjon.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn.....	5
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	7
1.3	Avgrensning og begrepsavklaringer.....	7
<b>2</b>	<b>TEORETISKE PERSPEKTIVER</b> .....	<b>9</b>
2.1	Trivsel og motivasjon .....	9
	<b>2.1.1</b> <b>Motivasjons-hygiene teorien</b> .....	9
	<b>2.1.2</b> <b>Ytre og indre motivasjon</b> .....	10
	<b>2.1.3</b> <b>Selv-bestemmelses teorien: autonomi, kompetanse og tilhørighet</b> .....	11
	<b>2.1.4</b> <b>Mattering</b> .....	12
2.2	Organisasjonsteoretiske perspektiver .....	14
<b>3</b>	<b>MATERIALE OG METODE</b> .....	<b>16</b>
3.1	Datainnsamling .....	16
3.2	Intervjuguide .....	16
3.3	Utvalg og rekruttering.....	17
3.4	Gjennomføring .....	18
3.5	Analyse .....	19
3.6	Egen rolle.....	19
3.7	Reliabilitet (intern og ekstern) .....	20
3.8	Validitet (intern og ekstern) .....	21
3.9	Relevans og begrensninger .....	21
3.10	Etisk godkjenning .....	21
<b>4</b>	<b>RESULTATER</b> .....	<b>23</b>
4.1	Informantenes refleksjoner om trivsel og motivasjon .....	23
4.2	Lederatferd.....	24
	<b>4.2.1</b> <b>Direkte ledelse</b> .....	24
	<b>4.2.2</b> <b>Indirekte ledelse</b> .....	31
4.3	Behandlers profesjonsbakgrunn og kliniske erfaring.....	37
4.4	Leders profesjonsbakgrunn og kliniske erfaring .....	41
<b>5</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>43</b>
5.1	Opplevd sammenheng mellom trivsel og motivasjon .....	43

5.2	Lederatferd som fremmer eller hemmer trivsel og motivasjon .....	43
<b>5.2.1</b>	<b>Direkte ledelse</b> .....	44
<b>5.2.2</b>	<b>Indirekte ledelse</b> .....	45
<b>5.2.3</b>	<b>Ledelse (direkte og indirekte) som fremmer trivsel og motivasjon</b> 45	
5.3	Betydning av behandlers profesjonsbakgrunn og klinisk erfaring .....	48
5.4	Betydningen av leders profesjonsbakgrunn og klinisk erfaring .....	49
5.5	Betydningen av ledelse for trivsel og motivasjon hos behandlere i BUP.....	50
5.6	Metodiske betraktninger .....	50
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>53</b>
6.1	Avsluttende kommentar .....	53
<b>7</b>	<b>REFERANSER</b> .....	<b>54</b>
<b>8</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>57</b>
8.1	Vedlegg 1 - Intervjuguide .....	57
8.2	Vedlegg 2 - Informasjonsskriv med samtykkeskjema.....	57
8.3	Vedlegg 3 - Koder .....	57
8.4	Vedlegg 4 - NSD godkjenning 1 .....	57
8.5	Vedlegg 5 - NSD godkjenning 2.....	57

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Formålet med denne studien er å undersøke hva kliniske behandlere i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) opplever som viktig for at de skal trives på jobb og kjenne seg motivert for sine arbeidsoppgaver, og hvilken betydning de opplever at ledelse og spesielt nærmeste leder har for slik trivsel og motivasjon.

Studien er viktig for å få mer informasjon om hvordan ledere best mulig kan ivareta driften av en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) slik at flest mulig pasienter skal kunne tilbys kvalitativ god utredning og behandling. Ambisjonen er at funnene skal kunne ha overføringsverdi til andre deler av psykisk helsevern eller andre deler av helsesektoren.

Arbeidssituasjonen i BUP er preget av svært sammensatte arbeidsoppgaver relatert til barn, ungdom og deres familier, samt et utbredt samarbeid med andre instanser, som for eksempel skole, PPT og bydel/kommune. Relasjonelle og emosjonelle aspekt er sentrale i pasientmøtene for å få god kvalitet på utredningen og behandlingen, og kliniske behandlere bruker seg selv i disse mellommenneskelige møtene. I tillegg står BUP flettet ovenfor en situasjon med en markant økning i henvisninger av barn og ungdom, hvor det er stadig større kompleksitet og alvorlighetsgrad i symptomer og redusert funksjon. Dette sammenfaller med stadig økende forventninger på helsetjenestene i kombinasjon med begrensede ressurser.

Ulike miljømessige forhold påvirker om mennesker forholder seg engasjerte eller passive til de oppgavene eller utfordringene de står ovenfor. Forståelse av hvordan ledere kan legge til rette for forhold som gir involverte og engasjerte ansatte kan derfor være helt sentralt for god drift. En leder som klarer å fasilitere for trivsel og motivasjon hos de ansatte kan positivt påvirke arbeidsprestasjonene, tilstedeværelsen og kontinuiteten. Økt kunnskap om ønsket lederatferd kan også være viktig ved ansettelse og utvikling av ledere. Et annet spørsmål er også om profesjonsbakgrunnen vurderes å ha betydning for hvordan ledere oppfattes.

I BUP er profesjoner som psykologer, sosialfaglige, pedagoger og leger vanlige og ivaretar ett bredt spekter av oppgaver, metodiske tilnærminger og samarbeidssystemer.

Arbeidskonteksten er noe ulik de mer tradisjonelle somatiske sykehusrammene, med hovedvekt på profesjoner som leger og sykepleiere, og som er undersøkt i tidligere studier. I BUP har tradisjonelt sett alle fagprofesjonene kliniske behandlerroller med arbeidsoppgaver

knyttet til direkte pasient kontakt for utredning og behandling. I likhet med andre helsetjenester har BUP ett helsepersonell med fagekspertise, som ivaretar dynamiske og komplekse oppgaver og med god kunnskap om hvordan de kan løse disse arbeidsoppgavene og derav ofte også høy faglig autonomi. Slike fagmiljø er kjent for sin skepsis til byråkratisk kontroll, spesielt fra ledere uten samme fagkompetanse som den ansatte selv og hvor detaljstyring av de ansatte ikke er hensiktsmessig (Mintzberg, 1979; Jacobsen & Thorsvik, 2016). Mintzberg (1979) viser til «The power of Expertise» i organisasjoner med høyt utdannet personell, hvor det er stor nærhet mellom fag og beslutning. Et såkalt profesjonelt byråkrati står i motsetning til et mer formelt hierarki eller såkalt «maskinbyråkrati» (Mintzberg, 1979).

Kliniske behandlere gir mye av seg selv for å etablere tilstrekkelig trygghet og kontakt med pasientene og familiene. Den relasjonelle og emosjonelle delen av pasientmøtet er sentral for kvaliteten på tjenesten. Terapeutrollen er emosjonelt krevende og kan resultere i det Berge (2005) kaller en medfølelsesutmattelse eller omsorgstretthet, definert som «den dype emosjonelle og fysiske utmattelsen som hjelpende profesjonelle og omsorgsgivere kan utvikle i løper av sine karrierer som hjelpere» (Berge, 2005). De siste årene har det vært en markant økning på rundt 40 prosent i henvisninger til BUP, i kombinasjon med økte forventninger til kvaliteten på tjenestene, økt effektivitet og begrensede ressurser.

Omsorgsgiving under høyt arbeidspress, med liten grad av kontroll over egne arbeidsoppgaver og under behandlerens egen standard for godt arbeid, øker risikoen for slik omsorgstretthet som en forsvarsreaksjon på påkjenninger over tid og uten mulighet til å kunne restituere seg (Berge 2005, Haavik & Toven, 2020). Begrepet utbrenthet beskriver også dette fenomenet, og omfatter dimensjonene emosjonell utmattelse (tappet for energi), depersonalisering (slutter å bry seg) og opplevelse av redusert personlig ytelse (innsatsen er betydningsløs) (Haavik & Toven, 2020; Maslach & Jackson, 1981).

En sentral lederoppgave er å gjøre driften mer effektiv og et viktig spørsmål er derfor hvordan en best kan lykkes med dette. Driften av en BUP krever en balanse mellom ivaretagelse av dette «behandlermaskineriet» og alle administrative føringer, og dette kan være en omfattende og krevende øvelse, med mange dilemmaer. Jacobsen og Thorsvik (2016) viser til ledelse og administrasjon som to ulike typer av prosesser og roller. Ledelse er å skape visjoner for enheten, fylle virksomheten med mening og lage generelle retningslinjer for hvordan enheten skal utvikle seg. Administrasjon er å fokusere på produksjonen og løse

problemer på en effektiv måte, og omfatter å veilede, støtte og gi tilbakemelding på aktiviteter som utgjør produksjonen i enheten (Jacobsen & Thorsvik, 2016),

Ledelse handler om å sørge for at arbeidsoppgavene i organisasjonen ivaretas på best mulig måte gjennom å påvirke de ansatte til å utføre forespørsler, støtte forslag og implementere beslutninger (Yukl, 2013). Fiedler hevder at dette gjøres mest effektivt om leder har innflytelse, og at dette handler om de sosiale relasjonene mellom de ansatte og leder (Jacobsen & Thorsvik, 2016). Mye tyder også på at ledelse best skjer gjennom et dialektisk samarbeid mellom leder og de ansatte (De Paoli, 2023). En leder som klarer å fremme trivsel og motivasjon hos de ansatte kan slik være av stor betydning for om en organisasjon gjør det bra eller dårlig (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

Så hvordan kan ledere fasilitere for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos en tverrfaglige klinisk behandlergruppe i BUP? Samarbeidserfaringer med ulike ledere i psykisk helsevern viser variasjon i hvilke aspekt de ulike vektlegger i sin utøvingen av ledelse. Snopestad (2022) fant i sin masteroppgave at lederne tidvis også hadde andre svar på hva de gjorde for å motivere medarbeiderne, enn det de ansatte oppgav at lederne deres gjorde for å motivere dem.

## **1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Denne oppgaven vil utforske følgende problemstilling: Hvilken betydning har ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlere i psykisk helsevern, poliklinikk for barn og unge (BUP)?

Problemstillingen er utgangspunktet for følgende tre forskningsspørsmål:

- 1) Hvilken lederatferd oppleves som fremmende og/eller hemmende for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlere i BUP?
- 2) Har behandlernes profesjonsbakgrunn og grad av erfaring/klinisk spesialisering noen betydning for opplevd ledelsesbehov?
- 3) Opplever behandlerne at leders profesjonsbakgrunn og eventuell kliniske erfaring er av relevant betydning for hvordan ledelse blir utøvd?

## **1.3 Avgrensning og begrepsavklaringer**

For å undersøke problemstillingen og forskningsspørsmålene vil jeg gjennom en kvalitativ studie utforske hva kliniske behandlere i BUP opplever som viktig lederatferd for jobbtrivsel og jobbmotivasjon.



Rammen for studien er en masteroppgave og det var nødvendig å gjøre en avgrensning i omfang av datainnsamling. Jeg valgte å fokusere på treårige sosialfaglige og psykologer med og uten klinisk spesialisering i kliniske behandlerroller i polikliniske rammer i psykisk helsevern for barn og unge (BUP), og hva de opplever som viktig for jobbtrivsel og jobbmotivasjon og betydningen av nærmeste leder (førstelinjeleder) for slik trivsel og motivasjon.

Med «jobbtrivsel» menes det her i intervjuene og oppgaveteksten: «positive følelser knyttet til jobben» (Harrison et al., 2006).

Med «jobbmotivasjon» menes det her i intervjuene og oppgaveteksten: «what moves people to act» eller «to pursue work tasks or goals» (Ryan & Deci, 2000), og «the driving force which gives purpose or direction to behaviours» (Sam, 2013).

Jeg er i utgangspunktet mest opptatt av såkalt «indre motivasjon»: «engaging in a task for the rewards inherent in the task» (Ryan & Deci, 2000), altså oppgaver som gjøres utfra genuin egeninteresse og hvor aktiviteten i seg selv oppleves belønnende. Jeg åpner imidlertid i intervjuene opp for at informantene kan meddele seg om «ytre motivasjon»: «engaging in a task for the rewards outside of the task» (Ryan & Deci, 2000), altså oppgaver som gjøres utfra ytre belønninger som for eksempel ros og andre ulike former for anerkjennelser.

Ledelse kan defineres på en rekke ulike måter, som for eksempel: «atferd mennesker utviser i hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd» (Jacobsen & Thorsvik, 2016; Yukl, 2013). I denne oppgaven velger jeg å bruke en definisjon av ledelse som jeg mener er mer relevant for temaene jeg utforsker: «å skape oppslutning om målrettet samarbeid gjennom å gjøre det meningsfylt» (Arnulf, 2013).

## 2 Teoretiske perspektiver

De fleste mennesker er aktive agenter i sine egne liv, og menneskers natur fremstår som både positiv og utholdende. Mennesker påvirkes imidlertid av både ytre og indre krefter. Den sosiale konteksten er en katalysator for både mellommenneskelige og indre forskjeller, noe som igjen resulterer i individuelle ulikheter i grad av trivsel og motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Ryan & Deci (2000) har understreket at miljø på denne måten kan fasilitere for vekst og prestasjoner. Mennesker er ut fra dette tilbøyelige for å engasjere seg i aktivitet og integrere verdier og atferd, men de vil også ha en sårbarhet for passivitet (Ryan & Deci, 2000). Fokus på menneskers innebygde potensiale for indre vekst, psykologiske behov og forhold som fostrer slike positive prosesser, samt kjennskap til hva som kan hemme motivasjon, sosial fungering og trivsel er derfor nyttig både generelt og i arbeidslivet (Ryan & Deci, 2000). Kunnskap om hvilke forhold som fungerer støttende for menneskers naturlige aktivitet, eller motsatt utløser eller utnytter deres sårbarhet er derfor viktig (Ryan & Deci, 2000). Herzberg (1987) viser til at motivasjonens psykologi er svært kompleks, og at det finnes flerfoldige teorier som forsøker å forklare mekanismene involvert i menneskers trivsel og motivasjon. En avgrensning for denne oppgaven er derfor helt nødvendig.

Jeg velger her i hovedsak å ta utgangspunkt i selv-bestemmelses teorien til Ryan & Deci (2000), som postulerer at tilfredstillessen av de tre psykologiske behovene «kompetanse» (competence), «autonomi» (autonomy) og «tilhørighet» (relatedness) har vist seg å fremme nettopp trivsel og motivasjon. Herzberg (1987) sin motivasjons-hygiene teori og Prilleltensky (2020) sin forståelse ut fra begrepene «mattering» og «well-being» er også sentrale som teoretisk bakgrunn for oppgaven.

### 2.1 Trivsel og motivasjon

Videre i teoridelen vil jeg under overskriften trivsel og motivasjon først presentere motivasjons-hygiene teorien (Herzberg, 1987) som er sentral for disse to begrepene. Påfølgende vil jeg presentere selv-bestemmelses teorien (Ryan & Deci, 2000), og deretter redegjøre for «mattering» begrepet (Prilleltensky, 2020). Til slutt i teoridelen og under ny overskrift legger jeg frem noen organisatoriske perspektiver.

#### 2.1.1 Motivasjons-hygiene teorien

Herzberg (1987) hevder at det er nødvendig med tilfredsstillende relasjoner på arbeidsplassen som reduserer mellommenneskelige spenninger for å oppnå ett trivende jobbmiljø. Han viser

til at miljømessige («hygiene») faktorer skaper fravær av mistrivsel, mens fravær av disse hygiene-faktorene skaper mistrivsel. Det som derimot gjør mennesker glade på jobb og motiverer dem, er selve innholdet i arbeidet («motivatorene») (Herzberg, 1987).

Motivasjons-hygiene teorien fremlegger slik at de faktorene som skaper jobbtrivsel og jobbmotivasjon er separate og ulike de som fører til jobbmistrivsel (Herzberg, 1987). Det motsatte av jobbtrivsel blir dermed ikke jobbmistrivsel, men i stedet ingen jobbtrivsel. Mens det motsatte av jobbmistrivsel ikke er jobbtrivsel, men ikke jobbmistrivsel. De to ulike behovene involvert her er den innebygde drivkraften for å unngå ubehag fra miljøet og alle innlærte drivkrefter betinget til grunnleggende biologiske behov (Herzberg, 1987).

I jobbsammenheng er disse vekst- eller motivasjonsfaktorene; oppnåelse/prestasjon, anerkjennelse for oppnåelsen, arbeidet i seg selv, ansvar og vekst/forfremming. Mistrivsel- unngåelse eller de ytre hygiene-faktorene i jobben er foretakets policy og administrasjon, veiledning, interpersonlige forhold, arbeidsforhold, lønn, status og trygghet (Herzberg, 1987). Herzberg (1987) fant at motivatorene var hovedforklaringen til jobbtrivsel og hygiene-faktorene var hovedforklaringen til jobbmistrivsel.

For at organisasjoner best mulig skal kunne benytte seg av de ansattes arbeidskraft fremmer Herzberg (1987) at ledere heller enn å forsøke å rasjonalisere arbeidet, bør fokusere på å berike arbeidet. Han hevder at jobberikelse gir grobunn for psykologiske vekst hos de ansatte, mens jobb utvikling bare gjør jobben strukturelt større. Ledelse skal imidlertid i sine forsøk på å berike jobber ha en tendens til å redusere de personlige bidragene til de ansatte heller enn å gi dem mulighet for vekst i jobben. Slik jobbelastning øker de ansattes opplevelse av meningsløshet knyttet til jobben. Jobberikelse anses som en kontinuerlig måte å lede på, som både gir menneskelig fornøydhet hos den enkelte og økonomisk vinning for organisasjonen (Herzberg, 1987). Herzberg (1987) mener at dette er selve nøkkelen til arbeidssituasjoner og oppgaver som motiverer de ansatte.

### **2.1.2 Ytre og indre motivasjon**

Handlinger som er resultat av redsel for straff eller for å ikke få ytre belønning, vil stadig kreve forsterkning og gir kun korttids resultater (Herzberg, 1987). I følge Herzberg (1987) kan vi bare snakke om motivasjon når mennesker er en egen indre generator, og utfører handlingen fordi de ønsker å gjøre det. Dette sammenlignes med en indre maskin og at gevinstene viser seg over tid, da den ultimate belønning i motivasjon er personlig vekst.

Motivasjon betraktes slik som vekst gjennom indre belønning som kommer fra interesse for eller utfordringer i arbeidet og basert på vårt innebygde vekstbehov (Herzberg, 1987).

Hvordan kan så mennesker motiveres til å utøve en ønsket atferd? Ryan & Deci (2000) viser til internalisering som betegner å ta inn en ytre verdi, mens integrering innebærer en overføring av verdien slik at den blir en del av en selv. Det siste innebærer at en gjør oppgavene fordi de selv ser verdien av det eller at det har en fremtidig verdi. Begge har instrumentelle egenskaper, men den siste innebærer en opplevelse av valg og ikke bare ytre regulert, men de varierer i grad av autonomi (Ryan & Deci, 2000).

Ulike faktorer fremmer og hemmer internalisering og integrering. Ved demotivering mangler intensjon til handling, og er et resultat av manglende bekreftelse på en aktivitet, manglende mestring eller at ønsket resultat ikke forventes (Ryan & Deci, 2000). Ytre motivering går fra ytre regulering hvor en opplever press, til internalisert regulering hvor en handler for å unngå skyld eller angst, videre til identifisert regulering hvor en bevisst verdsetter målet og til slutt den mest autonome hvor reguleringen er assimilert til selvet. Alt er likevel ytre motivering da handlingen motiveres av oppnåelse av resultater heller enn selvtilfredsstillelse (Ryan & Deci, 2000).

Å fremme autonom regulering vil slik kunne motivere for ønsket atferd. Et autonomt støttende miljø tillater mennesker å føle seg autonome, kompetent og tilhørige (Ryan & Deci, 2000). Opplevelse av valg og fravær av ytre press, gir rom for å omforme ytre verdier til sine egne. Tilhørighet og kompetanse fremmer internalisering og autonomi fremmer integrering. Manglende støtte for autonomi, kompetanse og tilhørighet kan føre til fremmedgjøring og patologi (Ryan & Deci, 2000). Ryan & Deci (2020) viser til at selv de mest effektive ansatte kan oppleve redusert trivsel dersom de etterstreber og oppnår målsetninger som ikke tilfredsstiller disse tre psykologiske behovene.

### **2.1.3 Selv-bestemmelses teorien: autonomi, kompetanse og tilhørighet**

Selv-bestemmelses teorien fremmer at tilfredsstillelsen av disse tre grunnleggende psykologiske behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet er fasiliterende for nettopp trivsel og motivasjon (Ryan & Deci, 2000). Ryan & Deci (2000) hevder at et grunnleggende behov for indre motivasjon er opplevelsen av å inneha kompetanse. Optimale utfordringer, støttende tilbakemeldinger og fravær fra devaluering øker indre motivasjon for oppgavene. Mestringsfølelsen viser seg derimot å kunne fremme indre motivasjon kun dersom personen

også opplever autonomi eller såkalt indre «locus of» kausalitet (Ryan & Deci, 2000). I tillegg er en tredje faktor, tilhørighet essensiell for indre motivasjon. Opplevelsen av å få positiv respons på sine initiativer eller bevisstheten om at en har en trygg relasjonell base (som ikke trenger å være aktivt til stede hele tiden) (Ryan & Deci, 2000).

Mennesker blir indre motivert kun av aktiviteter som har en indre interesse for dem (Ryan & Deci, 2000). Ryan & Deci (2000) peker på den sosiale konteksten har en formidabel kraft til å kunne øke eller hindre menneskers tendens til å integrere sosiale verdier og ansvar. Miljø som støtter autonomi, kompetanse og tilhørighet foster internalisering og integrering og er generelt svært viktig for motivasjon (Ryan & Deci, 2000),

Dersom den sosiale konteksten personene befinner seg i responderer på disse tre grunnleggende psykologiske behovene, vil det gi grunn for utvikling mot assimilering og integrering av verdier og ønsket atferd. På den andre siden vil uttalt kontroll, ikke optimale utfordringer og mangel på tilhørighet forstyrre en positiv utvikling som vi i utgangspunktet er naturlig skapt for, og resultere ikke bare i manglende initiativ og ansvar, men også fortvilelse og psykopatologi (Ryan & Deci, 2000). Ryan & Deci (2000) mener dette er svært relevant for ledere som ønsker å fasilitere for de ansatte sin trivsel, motivasjon og engasjement i jobben.

Indre motivasjon reflekterer potensialet i menneskets natur. Motivasjon gir energi, retning, utholdenhet og resultater (Ryan & Deci, 2000). Fra en leders side er det derfor ønskelig å legge til rette for at de ansatte kan nå sitt fulle potensiale. For å fremme indre motivasjon er det ikke tilstrekkelig at de ansatte opplever mestring og at den har relevant kompetanse for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver. Det er også nødvendig at de føler seg både autonome og kjenner sosial tilhørighet til arbeidsstedet (Ryan & Deci, 2000). Ryan & Deci (2000) hevder imidlertid at slik indre motivering bare fungerer dersom arbeidsaktivitetene i utgangspunktet også er av reel interesse for personen.

#### **2.1.4 Mattering**

Prilleltensky (2020) viser til at vi alle har behov for å kjenne tilhørighet og å føle at vi betyr noe. Videre at «mattering» eller betydningsfullhet består av to komplementære prosesser; å føle seg verdisatt og å tillegge (andre) verdi. Adekvat mengde og balanse mellom disse to er avgjørende for både personlig, relasjonell og kollektiv «well-being». Når vi føler oss verdisatt, blir vi satt pris på, respektert og anerkjent. Når vi tillegger verdi til noe(n), klarer vi å bidra eller utgjøre en forskjell (Prilleltensky, 2020). «Mattering» kan slik defineres som en

personers følelse av at man teller eller utgjør en forskjell (Prilleltensky, 2020). Videre at opplevelse av tilhørighet til og verdi for en sosial gruppe er sentralt for «well-being», mens ekskludering er ødeleggende for mennesker (Prilleltensky, 2020).

For å kjenne oss verdifulle må vi føle oss likeverdige andre, og oppleve rettferdighet i relasjoner, på jobb og ellers i samfunnet for å kjenne oss verdige. Antydninger om at vi er mindre verdt enn andre skaper frustrasjon og sinne (Prilleltensky, 2020). Vi behøver imidlertid også tilstrekkelig med ferdigheter og muligheter til å kunne tillegge verdi til noe(n) (Prilleltensky, 2020).

Mennesker er i utgangspunktet motivert for å engasjere seg, uttrykke seg, være aktivt deltagende, ha en mening og å finne en mening i livet (Prilleltensky, 2020). Opplevelse av frivillighet øker psykologisk trivsel eller «well-being» delvis fordi det får mennesker til å føle at de har en viktig rolle og at de betyr noe, altså «mattering» (Prilleltensky, 2020).

For å oppleve «well-being» må mennesker først oppleve bekreftelse, som kommer fra en anerkjennelse av personens styrker, stemme og valg. Altså at det ikke kun fokuseres på mangler og korreksjoner. Når en persons «empowerment» og styrker blir fremmet vokser personens opplevelse av bekreftelse (Prilleltensky, 2005).

Prilleltensky (2020) viser også til selv-bestemmelses teorien (Ryan & Deci, 2020) og at mennesker har indre driv når de opplever autonomi, kompetanse og tilhørighet, og at tilfredsstillelse av disse tre behovene predikerer trivsel og vitalitet. Vi føler at vi betyr noe når vi opplever autonomi over våre beslutninger og handlinger. Vi føler at vi betyr noe når vi opplever å ha kompetanse til å bidra inn i ulike områder i livet. Vi føler at vi betyr noe når vi opplever tilhørighet til støttende andre. Miljø som på den andre siden står til hinder for våre behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet fører til dysfungering (Prilleltensky, 2020).

Mennesker som rapporterer høy grad av mening er vanligvis lykkeligere, mer tilfreds med livet, mer engasjert i jobb og opplever mer kontroll over livene sine (Prilleltensky, 2020). På et arbeidssted vil ansatte som opplever å bety noe mer slik være av sentral betydning, og Prilleltensky (2005 og 2020) viser til at organisasjoner som får sine ansatte til å føle seg verdsatt og gjør dem i stand til å bidra inn positivt, øker både de ansattes trivsel og produktivitet».

## 2.2 Organisasjonsteoretiske perspektiver

Organiseringen som Mintzberg (1979) kaller «maskinbyråkratiet» har en sentralisert formalisert beslutningsmyndighet, der virksomheten styrer og koordineres gjennom skriftlige regler og prosedyrer (Jacobsen & Thorsvik, 2016). Fordelene er klare ansvarsforhold, stabilitet, forutsigbarhet og standardisering som fremmer produktivitet. En ulempe er at virksomheten blir mer rigid og vanskelig å endre (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

Formaliseringen gjør at man ikke får best utnyttet den ansatte sin kompetanse, og sentralisering og standardisering kan virke demotiverende på de ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2016). En mellomleders oppgave vil i et slikt system være å sørge for tydelige rutiner og prosedyrer og kommunisere rutinene som er utarbeidet nedover i lederlinjen, samt formidle informasjon oppover i linjen. Mens hovedoppgaven til en førstelinjeleder vil være å kontrollere og veilede de ansatte i deres arbeid (Mintzberg, 1979).

Organiseringen kalt det «profesjonelle hierarkiet» er mer vanlig i kunnskapsorganisasjoner. Ansatte i kjernevirksomheten er i en slik organisering tildelt mye beslutningsmyndighet og handlefrihet, da de gjennom sin utdanning har tilegnet seg sentral kompetanse for å løse arbeidsoppgavene. Rekruttering av profesjonelle med nødvendig fagkunnskap blir her viktig og gir forutsigbarhet i hvordan oppgavene løses. I et slikt desentralisert byråkrati er beslutningsmyndigheten i faglige spørsmål delegert til de ansatte. Da de dynamiske og komplekse arbeidsoppgavene vanskelig lar seg beskrive gjennom rutiner og regler alene, tenkes det at de profesjonelle er best rustet til å vurdere hvordan jobben best utføres (Mintzberg, 1979).

Ledelsen har i kunnskapsorganisasjoner mindre legitimitet og det er ikke uvanlig med skepsis til innføring av byråkratisk kontroll gjennom rutiner og regler, spesielt om lederen ikke har den samme profesjonelle kompetanse som de ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2016; Spehar et al., 2014). Delegering av ansvar til de ansatte er kjent for å sikre godt faglig arbeid, rask problemløsning og saksbehandling. Økonomistyring kan imidlertid være utfordrende, da de profesjonelle ofte setter faglig kvalitet foran ressurs begrensninger. Høy faglige autonomi kan også skape variasjoner i prioriteringer og behandlingstilbudet. Eventuelle rivaliseringer mellom ulike faggrupper kan i tillegg skape samarbeids- og styringsproblemer (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

Mintzberg (1979) kaller dette «the Power of Expertise» og helseforetak er nettopp et eksempel på det (Jacobsen & Thorsvik, 2016). Kjernevirksomheten i BUP er også typisk

ivaretatt av profesjonelle faggrupper som psykologer, leger, sosialfaglige og pedagoger. Klinisk autonomi er viktig for at behandlerne skal kunne forvalte sin ekspertise, gjøre vurderinger og ta beslutninger som best ivaretar pasientene og deres familier i ofte komplekse og uklare situasjoner (Ekeland et al., 2011). I BUP kan klinisk autonomi også knyttes nært til relasjonene mellom behandler og pasienten med deres omsorgspersoner, og skiller seg slik noe fra en ren profesjonsautonomi som for eksempel vil være mer vanlig i en sykehuskontekst (Ekeland et al., 2011).

Desto mer en leder i kunnskapsorganisasjoner griper styrende inn i arbeidet til de ansatte, jo mindre tenkes muligheten for å få utnyttet organisasjonens kunnskapsressurser på en kreativ måte. Dessuten bidrar de mer tradisjonelle organisasjons- og ledelsesformene ofte til at organisasjonene blir en mindre attraktiv arbeidsplass for kunnskapsmedarbeidere. Ledelsesformer som er bedre egnet for å kunne rekruttere og holde på dyktige medarbeidere og utnytte deres kunnskap på en kreativ måte sammenfattes ofte under begreper som «institusjonell ledelse» eller «verdibasert ledelse» (Jacobsen & Thorsvik, 2016).

Det finnes en mengde lederstilperspektiver (Bang & Midelfart, 2019), og jeg velger her bare å nevne noen lederstiler med relevans for studien. En leder kan være orientert mot hvordan en best får løst arbeidsoppgavene. En annen leder kan være mer fokusert på relasjoner, arbeidskultur og samarbeid. En enda annen leder kan være mest opptatt av transformasjon, endring og forbedring (Bang & Midelfart, 2019; Jacobsen & Thorsvik, 2016). Ingen lederstil fungerer imidlertid like godt i alle situasjoner. En leders atferd handler dessuten ikke bare om lederens personlighet, egne erfaringer og hva den har lært om ledelse, men er også et resultat av de ansattes atferd og de utfordringer som skal løses (Bang & Midelfart, 2019).

I nyeste tid er De Paoli (2021) opptatt av en lederstil som hun kaller «samledelse». Samledelse beskrives som et samarbeid om ledelse, hvor både leder og ansatt står ansvarlige og interaktivt samarbeider. Typisk for en slik leder er å vise medarbeiderne tillit til at de evner å vite når og hvordan de skal løse oppgavene. Det er mindre fokus på lederen i seg selv og mer fokus på kommunikasjon, relasjon og samarbeid. En slik lederstil gir stort rom for autonomi, men De Paoli understreker at det ikke er anarki. Det er i stedet ledelse gjennom å skape mening og peke i en retning som de ansatte forstår. Leder og den ansatte «samleder» gjennom å skape felles mål og evaluere prestasjonene (De Paoli, 2021).



### **3 Materiale og metode**

Jeg valgte å gjøre en kvalitativ undersøkelse med bruk av individuelle intervjuer som metode for datainnsamling fordi dette var mest hensiktsmessig for å kunne utforske min problemstilling. I et såkalt fenomenologiske perspektiv er man opptatt av å forstå verden slik mennesker oppfatter og beskriver den, og nettopp kvalitativ metode er kjent for å være godt egnet for å utforske slik samhandling og erfaring (Braun & Clarke, 2006; Kuper et al., 2008; Malterud, 2017). Jeg la derfor opp til åpne intervju spørsmål hvor jeg kunne ta utgangspunkt i de kliniske behandlerne sine opplevelser og erfaringer, fremfor en undersøkelse med forhåndsdefinerte svaralternativer.

#### **3.1 Datainnsamling**

For å undersøke problemstillingen og forskningsspørsmålene intervjuet jeg kliniske behandlere i poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Dette ble gjort gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer, i direkte møter på sted som foretrukket av behandleren selv. To intervju fant slik sted på behandlerens kontor og fem intervju ble gjennomført digitalt.

#### **3.2 Intervjuguide**

Forut for søknad til NSD utarbeidet jeg en intervjuguide for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene mine (vedlegg 1). Jeg valgte en semistrukturert form på intervjuet for å sikre at de viktigste spørsmålene mine ble belyst, men med rom for at informantene selv kunne åpne opp for de temaer og aspekter som de selv var opptatt av.

Jeg bad en ansatt ved min egen BUP om å gjennomgå intervjuguiden for å teste ut om spørsmålene gav mening og var egnet for å besvare forskningsspørsmålene mine. Dette resulterte i at jeg gjorde noen små justeringer av guiden basert på tilbakemeldingene.

I intervjuguiden begynte jeg først med spørsmål om informantens alder, kjønn, profesjon, spesialisering og lengde på erfaring i BUP og eventuell annen erfaring. Deretter presenterte jeg kort definisjoner på jobbtrivsel og jobbmotivasjon, både indre og ytre motivasjon for å best mulig sikre at vi snakket om de samme fenomenene. Deretter spurte jeg informantene generelle spørsmål om trivsel og motivasjon på jobb og betydningen av ledelse i slik sammenheng, for deretter å spørre mer spesifikt om hva som var viktig for informanten selv. Dette for å skape en relasjon til informanten før jeg spurte om mer personlige erfaringer og refleksjoner. Avslutningsvis åpnet jeg opp for om det var noe mer jeg burde spurt om eller

som informanten ønsket å formidle, som de ikke syntes de hadde fått formidlet gjennom spørsmålene mine. De fleste viste til at de hadde fått sagt det de på forhånd hadde tenkt, men noen valgte å utdype seg eller understreke noe av det de hadde vist til tidligere i intervjuet. Flere av informantene uttrykte at de syntes tematikken var interessant og viktig, at de av eget ønske ville bidra med informasjon til studien og gjerne ville ha tilsendt oppgaven når den var ferdigstilt.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Jeg valgte å gjøre et strategisk utvalg av informanter, med treårige sosialfaglige og psykologer med og uten klinisk spesialisering som arbeider i kliniske behandlerstillinger ved ulike BUP enheter i østlandsområdet. Jeg har slik valgt å ikke intervju andre yrkesgrupper, som leger og kliniske pedagoger som også er vanlig representert i BUP. Da jeg har jobbet i ulike stillinger og med ulike roller ved en BUP gjennom mange år, fant jeg det mest hensiktsmessig å rekruttere deltagere utenfor det sykehuset jeg selv er ansatt i. Dette for at det ikke skulle kunne påvirke svarene fra informantene og svekke validiteten i studien.

Rekrutteringen foregikk gjennom at jeg kontaktet ledere ved ulike BUP i østlandsområdet på telefon og mail med forespørsel om kliniske behandlere på enheten ønsket å delta i undersøkelsen. Jeg sendte deretter en mail med informasjonsskriv og samtykkeerklæring (vedlegg 2), hvor jeg blant annet beskrev hvilke type informanter jeg ønsket å intervju. Lederne meldte så forespørselen videre til behandlerne på de respektive polikliniske enhetene for å høre om det var interesse for deltagelse i studien. Jeg hadde slik ikke kontroll over hvordan selve utvelgelsen foregikk ved de ulike BUP enhetene, eller om lederne kan ha spurt en viss type av behandlere om slik deltagelse.

De fleste lederne jeg sendte mail til har jeg i ettertid ikke hørt noe fra til tross for «purring» på svar. Noen av lederne meldte imidlertid tilbake at arbeidssituasjonen på poliklinikken var så presset grunnet stor økning av henvisninger at de på aktuelt tidspunkt ikke ønsket å spørre behandlerne om å delta i (enda) noe mer. Tre ledere uttrykte at de ikke syntes de kunne spørre behandlerne om å bruke tid på et intervju i stedet for å ha en ekstra pasientavtale. En leder responderte at de ikke ønsket at det skulle «komme en rapport» (masteroppgave) med det vanskelige tilstandsbildet de hadde på poliklinikken. Jeg har ikke innsikt i om det kan være visse typer av ledere som har valgt å forespørre sine behandlere om deltagelse og om det potensielt kan påvirke utvalget i studien.

Det oppstod altså utfordringer i rekrutteringen som virker relatert til den store økningen i henvisninger til BUP i inneværende periode. Jeg endte derfor med å kontakte flere ledere gjennom høsten 2022 (9 ledere) og våren 2023 (10 ledere) enn jeg først hadde sett for meg, og til sammen 19 ulike ledere. Rekrutteringsprosessen strakte slik ut i tid, og jeg valgte i løpet av høsten 2022 å utsette innlevering av masteroppgaven.

Intervjuene var først estimert til omtrentlige 45 minutter. Grunnet rekrutteringsutfordringene og erfaringene fra de fire første intervjuene omdefinerte jeg derfor i forespørselen at intervjuet fint kunne la seg gjennomføre på omtrentlige 30 minutter (og eventuelt over en lunsj) og understreket at det fint kunne gjennomføres digitalt.

Individuelle dybdeintervjuer ble vurdert som den mest hensiktsmessige metoden for å gi rom for at informanten kunne komme med egne tanker og refleksjoner. Jeg valgte å intervjuere behandlere fra flere ulike BUP enheter for å få best mulig tilfang av informasjon og at den var mer uavhengig av den aktuelle arbeidssituasjonen på gitt tidspunkt.

Jeg intervjuet til sammen 7 kliniske behandlere i BUP (2 psykologer, 2 psykologspesialister og 3 kliniske sosionomer) ved 7 ulike polikliniske enheter, alle med ulike førstelinjeledere og fordelt på 3 ulike helseforetak. Utvalget består av 6 kvinner og 1 mann i alderen 30–53 år. Lengden på informantenes arbeidserfaring i BUP varierer fra noen måneder til tjue år. Spesialistene hadde mangeårig erfaring i BUP, men ble spurt om de behovene de har for å kunne trives og være motivert i sitt arbeid på BUP, hadde endret seg med økt erfaring.

Jeg tok refleksjonsnotater underveis i intervjuene og lydopptaket ble transkribert i nær etterkant av selve intervjuet. Datamaterialet ble lagret anonymisert, kun registrert på alder, kjønn, profesjon, klinisk spesialisering og antall år med arbeidserfaring i BUP på en passordbeskyttet pc for videre bearbeiding/analyse av undertegnede og veileder. Dataene vil bli slettet når masteroppgaven er godkjent, og senest 30.06.2023.

### **3.4 Gjennomføring**

Lederne stod fri til å videresende behandlerne det informasjonsskrivet med samtykkeskjema som jeg hadde sendt på mail. Jeg har slik ikke oversikt over hvor mange ledere som faktisk videresendte denne forespørselen til eventuelt førstelinjelederen og/eller behandlerne. Informasjonsskrivet redegjorde for formålet med studien, hvilken institusjon den er forankret i, konfidensialitet og at dataene slettes ved gjennomført prosjekt (Vedlegg 2).

Jeg gjennomførte de sju intervjuene under perioden januar til mars 2023. Intervjuene varte mellom 35–65 minutter. To av intervjuene foregikk på informantens kontor og fem av intervjuene ble gjennomført digitalt. De to første intervjuene digitalt varte like lenge som de to fysiske intervjuene, mens de tre siste intervjuene digitalt var av kortere varighet. Jeg valgte å ikke ha de to fysiske intervjuene rett etter hverandre i tid på samme seksjon, på tross ulike enheter for å ivareta informantenes anonymitet. Alle intervjuene ble tatt opp på en ekstern lydopptaker etter samtykke fra informantene. Jeg transkriberte selv alle intervjuene i sin fullstendighet og anonymiserte informasjonen i tekstfilene. Dette var svært tidkrevende, men fordelaktig da jeg begynte å danne meg ett bilde av empirien allerede ved gjennomlyttingen og transkriberingen.

### **3.5 Analyse**

Jeg benyttet meg av en tverrgående analyse i tilnærmingen av dataene fra de sju transkriberte intervjuene (Malterud, 2012). Dataene ble slik sammenfattet under likhetstrekk, og forskjeller/variasjoner i informantenes erfaringer og opplevelser. Analysemetoden jeg støttet meg til videre er systematisk tekstkondensering, som deles inn i fire trinn (Malterud, 2012).

Først leste jeg gjennom det transkriberte materialet for å få ett helhets overblikk av materialet og hvilke temaer som gjentok seg. Videre sammenfattet jeg dataene fra de ulike informantene og formulerte noen meningsbærende koder, som jeg deretter kunne sortere teksten eller innholdet under. Jeg fant det hensiktsmessig å sortere materialet etter noen koder for å organisere materialet. Det ble til sammen 10 koder, hvor 7 av disse er koder for gjentakende tema og 3 er koder for de tre forskningsspørsmålene (Vedlegg 3).

Jeg forsøkte deretter å få en enda bedre oversikt over empirien gjennom å sortere data under de ulike kodegruppene som gikk igjen i det transkriberte materialet. Dette for å lettere kunne se nye funn og ikke la meg styre for mye av etablerte teorier. Jeg valgte deretter å bruke noen av disse kodene for å besvare forskningsspørsmålene i resultatdelen og problemstillingen i diskusjonsdelen

Helt til slutt oppsummerte og sammenfattet jeg betydningen av datamaterialet som var organisert under ulike koder (Malterud, 2012).

### **3.6 Egen rolle**

Jeg har etterstrebet å være mest mulig bevisst egen rolle. Mitt valg av informanter fra BUP hvor jeg selv tidligere både har vært klinisk behandler og nå har en lederrolle, kan ha påvirket

problemstillingen, forskningsspørsmålene og informantenes svar til meg. Min forståelse og opplevelser og dilemmaer jeg har opplevd kan videre ha påvirket mine fortolkninger av informasjonen fra informantene. En fordel kan være at jeg med min bakgrunn som psykolog har kunnet formulere en relevant problemstilling og forskningsspørsmål, men min kliniske bakgrunn kan også være en større bias med hensyn til studiens fokus enn om jeg hadde hatt et mer nøytralt ståsted.

Undersøkelsen er gjort i egeninteresse og uten annen oppdragsgiver. Jeg valgte å gjøre undersøkelsen i andre sykehus enn det jeg selv jobber i, noe som kan ha gjort det mer utfordrende å få innpass til informanter. Mailutveksling med informantene foregikk på min studentmailadresse, signert med mitt navn og private telefonnummer. Ved direkte spørsmål fra informanten, som oftest kom først i avrundingen på intervjuet var jeg imidlertid åpen på egen profesjonsbakgrunn og stilling.

### **3.7 Reliabilitet (intern og ekstern)**

Reliabilitet handler om studiers pålitelighet (intern) og replikerbarhet (ekstern).

Ved intern validitet vurderes kvaliteten på resultatene. En grundig og tydelig beskrivelse av prosessen kan styrke påliteligheten (Malterud, 2017). Jeg har forsøkt å beskrive hvordan jeg gjennomførte studien fra begynnelse til slutt for å øke reliabiliteten på studien.

Jeg valgte også å fullstendig transkribere intervjuene, fremfor å bare ta med essensen i innholdet, i håp om at det også kan øke reliabiliteten.

Jeg har vært opptatt av at jeg ikke skulle ha noen relasjoner til informantene. En av informantene viste seg derimot å være kjent for meg, men vedkommende uttrykte at det opplevdes uproblematisk og ønsket å gjennomføre intervjuet.

For å sikre at spørsmålene i intervjuet var forståelige fikk jeg en kollega til å gjennomgå disse og justerte intervjuguiden ut fra disse tilbakemeldingene. Jeg definerte også trivsel og motivasjon i begynnelsen av intervjuguiden for å sikre at vi snakket om de samme fenomenene.

Replikerbarhet kan være utfordrende å måle ved et kvalitativt design og er derfor ikke et sentralt kriterium ved vurdering av pålitelighet i kvalitativ forskning, hvor målet er å fremme

forståelse og forskningsdataene vil være preget av forskeren selv (Kuper et al., 2008; Malterud, 2017).

### **3.8 Validitet (intern og ekstern)**

Selv om kvalitative metoder betraktes som godt egnet for å studere erfaringer og opplevelser for å øke forståelse for ulike fenomener (Kuper et al., 2008; Malterud, 2017), er det relevant å spørre seg om dataenes troverdighet eller gyldighet. Et slikt spørsmål omhandler både intern og ekstern validitet, hvor intern validitet omhandler dataenes relevans og ekstern validitet om dataene er overførbarhet til andre kontekster.

Er så metoden jeg har valgt relevant for å studere fenomenene, er dataene egnet for å besvare problemstillingen og har jeg brukt begreper som er relevant for å studere fenomenet? Jeg tar utgangspunkt i de kliniske behandlerne sine opplevelser av betydningen av ledelse for trivsel og motivasjon. Dersom det er sammenfall i det de formidler i intervjuene, kan jeg anta at de begrepene jeg har brukt er relevante og at metoden er egnet.

Kvalitative data er som kjent lite generaliserbare eller overførbare til andre settinger (Kuper et al., 2008; Malterud, 2017). Studien kan si noe om lederatferd som kliniske behandlere i BUP finner betydningsfull for jobbtrivsel og jobbmotivasjon. Dataene er hentet fra syv ulike BUP enheter i Østlandsområdet, og trolig med noen ulikheter i både behandlerkultur og organisering. Dersom det viser seg å være samsvar i det som kommer frem i dataene, kan resultatene tenkes å ha relevans for lignende kontekster og gi et utgangspunkt for noen antakelser. Samsvar i funnene med andre studier kan også styrke funnenes overførbarhet.

### **3.9 Relevans og begrensninger**

Bringer denne studien inn ny kunnskap som kan være nyttig for andre? Studien kan være nyttig for psykisk helsevern generelt, og andre BUP enheter spesielt. Funnene kan være anvendbare ved rekruttering og utvikling av nye ledere i både poliklinikk for psykisk helsevern og i BUP med hensyn til hvilke lederkvaliteter som gir økt motivasjon og trivsel for de kliniske behandlerne. Den kan også gi et utgangspunkt for andre typer av studier.

### **3.10 Etisk godkjenning**

Før jeg søkte Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) om godkjenning utarbeidet jeg prosjektbeskrivelse, intervjuguide (vedlegg 1) og informasjonsskriv (vedlegg 2). Prosjektet er godkjent av NSD og godkjenning foreligger med referansenummer 148462 (vedlegg 4).

Grunnet beslutning om utsettelse av innlevering av masteroppgaven til våren 2023, søkte jeg NSD om forlengelse av godkjenningen av prosjektet. Prosjektets forlengelse er godkjent av NSD (vedlegg 5).

## 4 Resultater

I denne delen vil jeg presentere funnene, og jeg tar utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Jeg bruker ordene informant og deltaker om hverandre om de som ble intervjuet.

Innledningsvis har jeg valgt å redegjøre for noen av informantenes refleksjoner om trivsel og motivasjon. Deretter har jeg organisert resultatene under tre hovedtema som korresponderer med de tre forskningsspørsmålene. Forskningsspørsmålet om lederatferd er her delt inn i to undergrupperinger; direkte og indirekte lederatferd, for best mulig å gjenspeile funnene utfra de temaene som fremkom i arbeidet med analysen av intervjuene.

Jeg har valgt å gjengi profesjonsbakgrunnen til informantene i gjengivelsene av dataene, uten at dette nødvendigvis har betydning for funnene. Jeg gjør bruk av en del sitater fra intervjuene for å eksemplifisere og gjengi sentrale data korrekt.

### 4.1 Informantenes refleksjoner om trivsel og motivasjon

Flere av informantene uttrykker at det er utfordrende å skille faktorer som fremmer trivsel og motivasjon helt fra hverandre og at fenomenene henger noe sammen. En deltaker viser til at trivsel har å gjøre med hvordan en har det på jobb og at motivasjon er noe som kommer mer innenfra (Informant 4, psykologspesialist). Et par deltakere gir uttrykk for at trivsel kan fremme motivasjon, mens mistrivsel over tid kan hemme motivasjon (Informant 5, psykologspesialist og Informant 6, klinisk sosionom). En informant viser til at det i en periode uten trivsel hadde hjulpet å fokusere på motivasjon for faget og pasientene, men at dette alene ble tungt i lengden (Informant 1, klinisk sosionom). Ett par deltakere knytter trivsel til det sosiale fellesskapet på arbeidssstedet, og motivasjon mer til at arbeidshverdagen ikke er for belastende (Informant 7, psykolog og Informant 2, klinisk sosionom). En deltaker viser til at både faglig og sosialt påfyll er viktig for å kunne kjenne seg motivert og for å ha noe å gi pasientene (Informant 5, psykologspesialist).

En informant sammenfatter sine tanker om sammenhengen mellom trivsel og motivasjon slik:

*«Det går veldig hånd i hånd. Er man motivert så er det mest sannsynlig en del trivsel der og, og vise versa, liksom. Er det ... trives du så, så tenker jeg at det også er ... det er lettere å finne motivasjon. Har man det godt på arbeidsplassen, er miljøet på plass er det bra ... er ting som gjør at du trives, så er det lettere å hente fram motivasjon. Er det dårlig så er det lettere å bli demotivert, rett og slett» (Informant 3, psykolog)*



## 4.2 Lederatferd

På hvilken måte opplever ett utvalg kliniske behandlere i BUP at leder er av betydning for deres jobbtilfredshet og jobbmotivasjon?

I intervjuene spør jeg gjennomgående om informantene tenker at nærmeste leder har noen betydning for temaene som de aktualiserer som sentrale for trivsel og motivasjon i sitt arbeid på BUP. Jeg spør også om deltakerne opplever at leders profesjonsbakgrunn eller klinisk erfaring er av betydning for lederatferden. I tillegg blir deltakerne spurt om de tenker at økt jobberfaring har betydning for hva de er i behov av for å kunne trives og kjenne seg motivert. Jeg gjorde et strategisk utvalg av to ulike profesjoner og med ulik lengde av klinisk erfaring for å etterstrebe bredde i perspektivene og se om profesjonsbakgrunn eller erfaring er av betydning for hva informantene rapporterer som viktig for trivsel og motivasjon i BUP.

Ut fra informantenes svar knyttet til ønsket lederatferd for jobbtrivsel og jobbmotivasjon, vil jeg nå presentere disse funnene i to ulike delkapitler; «direkte ledelse» og «indirekte ledelse».

### 4.2.1 Direkte ledelse

Informantene omtalte noe jeg har valgt å kalle «direkte ledelse». Dette handler om ulike typer av atferd som en leder bidrar med inn i det direkte samspillet med behandlerne. Samtlige informanter viser til viktigheten av at leder er tilgjengelig for drøftinger og avklaringer knyttet til den kliniske hverdagen. En deltaker beskriver noe av essensen i dette slik:

*«[En] tilgjengelig leder som har god forståelse av både klinisk hverdag, men også hele systemet ... som setter foten i bakken og puster litt og sier; her tenker vi litt sammen. Og så kommer vi fram til noe som ikke nødvendigvis bare står i forskriften om hvordan vi skal gjøre det, men som faktisk treffer inn i den familien og pasientens stil.»* (Informant 1, klinisk sosionom)

En deltaker er opptatt av at leder må klare å vise anerkjennelse for det behandlerne står i, samtidig som den er tilgjengelig og åpen for å finne løsninger på de aktuelle utfordringene:

*«[Lederen] finner løsninger og anerkjenner situasjonen slik den er og forsøker å vise forståelse ... jeg tenker at en leder som på en eller annen måte minimerer, avfeier eller ikke klarer å møte situasjoner med forståelse, vil ikke klare å validere.»*  
(Informant 7, psykolog)

Alle informantene redegjør for at motivasjon er knyttet til pasienter og behandlingsprosesser, og at det er viktig at leder ikke kun fokuserer på administrasjon. En av deltakerne formulerer seg om dette temaet slik:

*«... at det blir styrt gjennom ... at det er flere liksom parametere som styrer oss sånn at det blir mindre mulighet til å påvirke det med ... liksom klinisk kompetanse ... noen ting som skal måles i faget for at vi har gjort oppgaven vår. Og så kan vi sitte igjen og tenke at; ja, men jeg har tikkert av på alle disse kravene, men jeg føler fortsatt at jeg ikke har gitt pasienten en god behandling. Det er negativt for trivselen og det det gjør at du føler det du i utgangspunktet søkte til dette faget for, nemlig muligheten for å kunne utgjøre en forskjell og at det er veldig meningsfylt nå man kommer tidlig til å få hjulpet barn og unge for eksempel, det svinner litt bort i det at du blir en flink byråkrat. Men det blir en dårlig kliniker da. Du kjenner på det gapet eller den manglende sammenhengen.»* (Informant 6, klinisk sosionom)

En informant viser til at ryddighet i administrativ drift fra kontorets og lederens side også er viktig, spesielt med hensyn til inntak av nye pasienter:

*«Det blir masse rom for kreativitet i det, føler jeg, når det er mer en ryddig butikk.»*  
(Informant 4, psykologspesialist)

Flertallet av informantene ga uttrykk for at det er nyttig med en leder som direkte kan bistå hver enkelt behandler i handtering av alle arbeidsoppgaver. En deltager beskriver det slik:

*«En leder å snakke om disse tingene om på en måte, sånn nå.. nå er det.. nå er det veldig mye, er det noe jeg kan gjøre annerledes eller? ... finne en sånn standard der man trives i ulike aktivitetsnivå da, hvor effektivt og hvor fort det skal gå.»* (Informant 3, psykolog)

Flere av informantene uttrykker i tillegg at det er viktig at leder gir dem rom for å kunne påvirke og ha kontroll over egen hverdag. To av deltakerne med lang erfaring, men av ulik profesjon er opptatt av at det også er viktig med en leder som viser forståelse og imøtekommer tilbakemeldinger om at kapasiteten er sprengt eller innspill til løsninger. Den ene deltakeren eksemplifiserer en situasjon hvor leder ikke imøtekommer behandler i dette:

*«Hvis jeg sitter på en pasientgjennomgang og jeg, ikke sant, snakker gjennom de og de komplekse pasientene, og jeg og jeg ja, ikke blir møtt da, på at nå er det bare helt fylt liksom. Så så hadde det lagt en demper, ja... når man føler at man gir det man kan, og så at man ikke blir møtt.»* (Informant 4, psykologspesialist)

Den andre deltakeren viser til opplevd støtte fra leder i forsøk på å handtere alle oppgavene:

*«Det er mye å sjonglere samtidig da. Så hvis det blir for mye ..., ja, men jeg prøver å prøver å påvirke den balansen der godt selv da. Egentlig synes jeg lederen min har støttet meg godt i det faktisk.»* (Informant 2, klinisk sosionom).

En deltaker viser til at leder har begrenset mandat for å kunne ivareta behandler godt nok:

*«En anerkjennelse av at min leder kanskje ikke har tilstrekkelig autoritet til å ta vare på min hverdag 100%. Det er jo litt sånn urovekkende, det er det jo. ... hvor det er et system som får lov til å sette krav og hvor min leder ikke kan si stopp på mine vegne.»* (Informant 7, psykolog)

Flere av informantene er opptatt av at det er viktig å føle seg sett av nærmeste leder, slik at en kjenner seg betydningsfull og ivaretatt. En psykologspesialist sa:

*«... at man blir sett på det man gjør. Ja, sett og sånn på alvor forstått, man føler seg verdifull som arbeidstaker da, er kjempeviktig ... Blir tatt på alvor og ikke bli avfeid ... Føler at man er usynlig på en måte, det er veldig demotiverende»* (Informant 5, psykologspesialist)

Et par deltakere viser til at adekvat ivaretagelse av behandlerne krever at lederen faktisk gjør seg kjent med den enkelte behandleren og dennes kvaliteter (Informant 2, klinisk sosionom, Informant 3, psykolog). Den kliniske sosionomen formulerer det slik:

*«Så vil det jo egentlig handle om å bli kjent med den ansatte og finne ut hva.. hva er en god på, hva en trives med og hva man vil lære mer om og trives med.»* (Informant 2, klinisk sosionom)

Et moment som gjentas av samtlige informanter er at leder viser tillit til deres kompetanse, erfaring og kliniske skjønn. Flere av respondentene la til at det er viktig at leder er

anerkjennende i dialogen, og ikke kritisk innfallsvinkel med hovedfokus på rettelse av feil og mister av syne det som gjøres bra. En deltager formulerer seg slik om disse betraktningene:

*«... spille meg/oss sterkere gjennom å ha tillit til at det vi gjør er bra eller at intensjonen er i alle fall bra. Og så kan vi drøfte det videre om det var bra liksom, men at det er en trygghet på å kanskje drøfte det da og kunne tenke sammen, og ikke ut fra hva sånn feil eller riktig perspektiv, men et reflektivt perspektiv; hva er det som er lurt her? Og så er det vel litt sånn anerkjennende kommunikasjon da tror jeg, at det er det jeg snakker om egentlig.»* (Informant 1, klinisk sosionom)

Flere av informantene rapporterte at kontrollerende atferd fra leder på den andre siden gav opplevelse av en svekket grad av tillit. En av respondentene uttrykker seg slik om dette:

*«At det ikke er så mye kontroll liksom fra ... fra ledelse, at de har tillit til oss som, også til meg da.»* (Informant 5, psykologspesialist)

En klinisk sosionom sier:

*«Når vi på en måte blir behandlet som ikke selvstendige ... Man må ikke behandle voksne folk som barn. Det er... veldig stramme linjer. Det fremmer ikke driv og ønske om å jobbe mer, i hvert fall ikke hos meg – da blir det heller motsatt. Men jeg kan yte mye hvis jeg får liksom tillit.»* (Informant 2, klinisk sosionom)

En informant formulerte seg slik om tillit, anerkjennelse og kontroll fra leder:

*«Ledelsens oppgave er å ivareta den tilliten som jeg mener er ganske viktig og anerkjenne den innsatsen som gjøres. Og jo mer byråkrati det blir i faget vi utøver, jo større risiko er det for at en ledelse også blir... får en byråkratisk sjel og mister av øyet det at vi bruker oss selv i dette faget i stor grad og gir mindre feedback på hvordan vi bruker oss selv og mer feedback på hvorvidt vi har utøvet liksom.. altså at vi har ivaretatt dokumentasjonskrav for eksempel.»* (Informant 6, klinisk sosionom)

Deltakerne spiller imidlertid inn behov for ulike former for anerkjennelse og som vektlegges i noe ulik grad. To informanter sier at direkte anerkjennende ros fra leder er viktig (Informant 2, klinisk sosionom og Informant 5, psykologspesialist), psykologspesialisten sier det slik:

*«... positive tilbakemeldinger er jo viktig, det at man blir sett på det man gjør og blir satt pris på som arbeidstaker.» (Informant 5, psykologspesialist)*

To av informantene er opptatt av at leder kan gi anerkjennelse gjennom mulighet for å arbeide i såkalte spesialteam som tilbyr metodespesifikk behandling for avgrensede diagnostiske tilstander (Informant 3, psykolog og Informant 2, klinisk sosionom). En informant mener det er viktig at leder anerkjenner den enkelte behandlers styrker, men også tilbyr utvikling innenfor behandlers styrkeområder (Informant 7, psykolog). En deltaker opplever behov for anerkjennelse gjennom at leder gir mer utfordrende oppgaver i takt med økt erfaring (Informant 6, klinisk sosionom). Samtlige informanter er opptatt av at det er viktig at en leder gir mulighet for faglig fordypning og utvikling.

To av informantene svarer spesifikt at lønnen en leder kan tilby har en anerkjennende betydning. Den ene viser til at lønnen gjør livet enklere og er et symbol på at det en gjør er betydningsfullt (Informant 1, klinisk sosionom). Den andre viser til at en bærekraftig inntekt gjør det mulig å ha et liv ved siden av jobben som skaper balanse, og forklarer dette slik:

*«Det er så veldig meningsfullt det du gjør på jobb. Og vi tar med så mange historier og så mange menneskemøter, som setter seg i nervesystemet og skaper aktivering. Og hvis man opplever at det ikke er rom i hverdagslivet hjemme, til å gjøre ting som er meningsfulle fordi økonomien ikke tillater det, så er man konstant på jobb og kverner på disse menneskehistoriene ... Jeg tenker at i en svært belastende jobb, hvor man bruker både kropp og sjel, så må det være rom for å leve ett liv man ønsker å leve etter jobb. På en eller annen måte må det være rom til å veie opp. Hadde jeg ikke opplevd at jeg hadde en lønn som tillot meg å leve ett godt liv så tror jeg kanskje ikke hadde vært i dette yrket.» (Informant 7, psykolog)*

Tre informanter viser til betydningen av at leder klarer å balansere administrasjon for å ivareta systemføringene, opp mot ivaretagelsen av behandlerne og den kliniske driften (Informant 1, klinisk sosionom, Informant 3, psykolog og Informant 5, psykologspesialist):

*«Ledere, de står med ihvertfall to sånne hovedstrømmer da, ikke sant. Og det ene er det med pakkeforløp og frister og alt det, også er det liksom det andre som er utføringen av den kliniske behandlingen og sånt ... selvfølgelig skal vi som klinikere overholde de fristen og gjøre det vi skal ... det er mere hvis hovedfokus fra leders side omkring de fristene og de rammene, på bekostning av hvordan klinisk praksis kan*

*utføres og at det skal være en gjennomstrømming av pasienter og sånn at liksom mengden av pasienter man har er viktigere enn kvaliteten av møtene».* (Informant 1, klinisk sosionom)

To deltakere er opptatt av at leder både ivareta lagånden på enheten, samtidig som de spiller på lag med ledelsen over (Informant 5, psykologspesialist og Informant 3, psykolog).

Psykologen beskrev dette slik:

*«Man står i ett spenn, som jeg ser for meg kan være en utfordring som leder. Å klare å liksom balansere det. Å klare å ha en sånn; vi er et team vi jobber sammen, og samtidig samarbeide med ledelsen over. Så det ja.. unner jeg ikke sjefsjobb, det må være slitsomt å stå i det.»* (Informant 3, psykolog)

Et par av deltagerne er opptatt av at det er fordelaktig om leder klarer å forholde seg fleksibelt og pragmatisk (Informant 7, psykolog og Informant 2, klinisk sosionom):

*«Lederen veldig rigid».. «så tror jeg hen kan miste folk ... sånne smale vinduer som det det ... det gjør at trivselen daler litt.»* (Informant 2, klinisk sosionom)

Flere av informantene sier det er viktig å kunne ha innvirkning på egen hverdag og at leder er i dialog med behandlerne om for eksempel arbeidsoppgaver. En uttrykker seg slik om dette:

*«Hvis leder for eksempel bare legger masse arbeidsoppgaver på deg uten å snakke med deg om det først, og uten å på en måte ha sett litt på hvordan det er, stå nå, hva har du for kapasitet? Hvis det blir litt mer sånn tredd over hodet på deg, så tror jeg det kan.. påvirker litt motivasjonen. Mhm, fordi man opplever at man ikke får en mulighet til å mene noe om det eller liksom lage en plan på det.»* (Informant 4, psykologspesialist)

I tillegg til å kunne påvirke egen arbeidssituasjon er en deltager opptatt av viktighet av at leder attribuerer utfordringene i BUP riktig:

*«Når en leder hele tiden liksom står og banker på døra og sier at nå må du ta inn flere, nå må du gjøre sånn og sånn, da ... og samtidig gir uttrykk for at hvis du ikke klarer det så passer du ikke å jobb i BUP. Så synes jeg at et egentlig systemproblem da, for jeg synes det er et problem dette her ... at denne utfordringen blir individualisert i stedet for at den blir ivaretatt på et med strukturelt nivå ... Jeg har*

*full forståelse for at det kan bli sånn fra leders side og at det er mye press ovenfra for å få det til, men samtidig så tenker jeg at den ivaretakelsen av klinisk praksis og behandlere også er kjempeviktig for at BUP skal fungere» (Informant 1, klinisk sosionom)*

En deltaker opplever det viktig at leder er transparent om aktuelle utfordringer, for slik å kunne støtte klinikerne til tross for at de ikke finner noen umiddelbare løsninger:

*«Jeg kjenner til ledere som kanskje ikke er så flinke til å være åpne om at de står i den skvisen de står i. I kanskje større grad minimerer, eller ikke anerkjenner trykket. Og det kan komme av mange grunner, men jeg tenker at da vil man i større grad bidra til at klinikerne blir demotivert. Fordi da tror jeg veldig mange klinikere vil føle seg avmektige og alene i en svært trykket situasjon. Det er ikke nødvendigvis slik at det man trenger å vite at det kommer en endring rundt neste hjørne, men man må i hvert fall ikke stå alene om det.» (Informant 7, psykolog)*

To av deltakerne mener det også er sentralt hvordan leder klarer å formidle de aktuelle føringene og/eller utfordringene til behandlerne:

*«Hvordan formidle nedgangstider på en måte når ting blir veldig vanskelig, samtidig som man klarer å ivareta individuelle behov? Og det er jo en, må være en krevende jobb tenker jeg. Men jeg tenker det det, altså hvordan man gjør disse tingene vil nok ha betydning for hvordan teamet opplever det, og - og man føler seg sett og hørt opp i opp i alt her.» (Informant 5, psykologspesialist)*

Noen av informantene er opptatt av at leder var vennlig, humoristisk og modell for ønsket atferd. En deltaker brukte disse beskrivelsene:

*«Jeg tenker at det ligger og følgelig en del på lederen ... vise egen sårbarhet eller feil ... byr litt på seg selv ... humor, tøyse litt ... lett å snakke med ... liksom det å stå i jobben sin» (Informant 3, psykolog)*

To informanter viser til viktighet av at leder tilrettelegger for individuelle behov, som egnet kontor og arbeidsbord/stol (Informant 1, klinisk sosionom og Informant 3, psykolog). En deltaker sier det er viktig med en nær dialog med leder og forståelse fra ledelsen ved lengre sykdomsperioder (Informant 4, psykologspesialist). En annen deltaker uttrykker at ledelse

kanskje ikke oppleves som så viktig når ting går bra, men at en er mer avhengig av at leder er en god samarbeidspartner i utfordrende situasjoner eller perioder (Informant 7, psykolog).

Dette sitatet oppsummerer noen av de mest sentrale momentene som ovenfor gjort rede for:

*«God ledelse ... så tenker jeg jo det gir jo struktur og rammer og tillit, samhold, trygghet, som er gode føringer å jobbe under, er forutsigbart ... og så har leder igjen et litt mer sånn overordnet blikk. De står jo ikke så nærme pasientene, så.. men det å merke at leder er interessert og nysgjerrig, ønsker å følge med, støtter, anerkjenner, bekrefter, inngir tillit. Eh, det skaper jo, når det føres inn i gruppa så skaper jo det god stemning ... hvis man ikke på en måte blir møtt og forstått, så tror jeg det skaper rom for mye splid.»* (Informant 4, psykologspesialist)

#### **4.2.2 Indirekte ledelse**

Som redegjort ovenfor er lederatferd ifølge informantene av betydning for jobbtrivsel og jobbmotivasjon. Deltagerne er derimot også opptatt av andre fenomener i arbeidshverdagen som de opplever like sentrale for trivsel og motivasjon, som de som omhandler lederens atferd direkte. Informantene er imidlertid opptatt av at leder også har innvirkning på flere av disse arbeidsforholdene. Jeg har derfor valgt å kalle disse fenomenene «indirekte ledelse». Redegjørelsen av disse temaene er organisert inn i underoverskrifter som er noe relatert til kodene som fremkom i tekstanalysen (vedlegg 3). Jeg vil nå redegjøre for andre trivsels- og motivasjonsfaktorer som fremkommer i dataene for deretter i diskusjonsdelen hevde hvordan en leder indirekte kan fasilitere til slike andre ønskede arbeidsforhold.

##### **4.1.2.1 Meningsfullhet**

Samtlige informanter bedyrer at indre motivasjon kommer fra den meningsfullheten de finner i prosessene med pasientene og deres familier, og i selve faget. Flere av deltakerne viser også til at det er viktig å ha mulighetsrom for pasientfokus i arbeidet. En psykolog uttrykker at den indre drivkraften kommer av en kombinasjon av faglig interesse og ønsket om å hjelpe andre:

*«Jeg tenker jo at man gjør et arbeid som man både er interessert i, fordi man fasinerer seg over mekanismene i dette her ... faglige, og også har en genuin interesse om å hjelpe og være til stede i disse prosessene, tenker jeg er veldig viktig ... jeg tenker at mange behandlere gjør dette fordi de på en eller annen måte har ett indre drive. Jeg tror ikke dette er et yrke veldig mange bare faller tilfeldigvis inn i. Jeg tror at det å ha en indre hjelper og en samtidig faglig interesse for hvorfor ting er. Den*



*kombinasjonen der er veldig viktig, det er den ihvertfall for meg. Dette er to ting som kan være kjempe drivkrefter, men de kan også være store vansker hvis arbeidshverdagen er lagt opp på en måte hvor dette blir til hinder eller belastning.»*  
(Informant 7, psykolog)

En klinisk sosionom beskriver et drive knyttet til å øke menneskers funksjon og relasjoner:

*«Det har nok kanskje litt mer med verdi å gjøre altså at det ligger i meg som en sånn - altså bidrar til at mennesker får til hverdagen sin kanskje litt enklere og at foreldre blir koblet på barna sine igjen - altså det kjennes ut som at det gir mening og det gir motivasjon for å jobbe.»* (Informant 1, klinisk sosionom)

En informant skiller seg ut her med hensyn til hvordan finne indre drive, men legger også til at det i hovedsak er innholdet i arbeidsoppgavene som gir mening:

*«... som jeg kanskje nevnte i stad jeg liker jeg liker å jobbe litt sånn strukturert og systematisk på en måte. En del av hvordan jeg jobber er også en del sånn indre styrt av det. At for det er mye av det vi gjør handler også om effektivitet. Må, man må jo holde tempo oppe da. Samtidig skal kvaliteten være god, men da, da kan jeg drives av min egen motor som liksom ja.. men lista altså jeg er nødt til å få ned antall dokumenter eller ... som motiverer for å skrive eller for å liksom komme videre i saker og se at det er ja at man kommer i mål, at man finner løsninger for pasientene og. Ja. så noe er liksom personlighetsstyrt for min egen på måten jeg jobber på, men klart så er det den sånn overordnet, det her er meningsfullt å holde på med.»* (Informant 3, psykolog)

En informant er opptatt av at også veiledningen av nyutdannede behandlere er motiverende:

*«Vekst og mestring, utvikling. Utvikling høres jo sånn pompøst ut, men at den enkelte kan kjenne at de kan ta tak i sitt eget da ... det å bistå og finne ut av det beste for pasienten ... arbeidsoppgavene med pasienter, faget og veiledningen og fordypning i faget, altså det overgår alt.»* (Informant 4, psykologspesialist)

En informant viser til at interessen for pasientene er det mest sentrale for jobbmotivasjon:

*«... hadde påvirket meg mer om jeg hadde mistet interessen for pasientene mine. Da blir jeg mer bekymret for skal jeg, hva jeg skal gjøre framover på en måte, hvis man er liksom demotivert for å jobbe med dette i det hele tatt.» (Informant 3, psykolog)*

#### 4.1.2.2 Kollegialitet

Alle informantene er opptatt av at det kollegiale er viktig for å kunne ha det bra på jobb, spesielt for trivsel, men flertallet viser også til at det er sentralt for motivasjon. En psykologspesialist beskriver det kollegiale i en positivt forsterkende sirkel:

*«... altså gode kollegaer.. og hvordan blir kollegaer gode på en måte? Det har jo også noe med miljøet å gjøre, som igjen fører til eller spires litt sånn internt, og så hva slags føringer som ligger på en klinikk eller ... Det kan jo godt være veldig travelt, men når atmosfæren er god og, ja anerkjennende og forståelsesfull, så øker jo også trivsel og motivasjon og, ja ... det er komplekst da, når man går ned i det.» (informant 4, psykologspesialist)*

En psykolog sier at det kollegiale gir støtte i gjensidighet og at opplevelse av tilhørighet:

*«Selv om man selv har mye, men det.. her går det tjenester frem og tilbake ... være til stede for hverandre eller være hjelpe hverandre ... det gir en type drivkraft. Kjenne at man kan også være med å avlaste noen ved behov ... så jeg kjenner nok også på litt sånn tilhørighet til til Bup'en og til teamet. At man gjerne også vil være med å dra lasset ... holde humøret oppe på teamet.» (Informant 3, psykolog)*

Alle deltakerne anga at kollegaer tilbyr ett viktig faglig fellesskap og en ordlegger seg slik:

*«Ja, kollegaer, altså godt samarbeid, at man deler kunnskap, har tid for... å ha god tid for å drøfte saker og er viktig ... det er jo driv det å jobbe sammen og drøfte, utfylle hverandre. Jeg liker mye bedre det enn å sitte og jobbe alene, jeg synes det er veldig energigivende å jobbe sammen ... noen å drøfte med hvis jeg står fast ... det er utviklende at man har andre ... liksom sånn fagkompetanse å spille på.» (Informant 5, psykologspesialist)*

To informanter er også opptatt av viktigheten av at det kollegiale klimaet er trygt nok for å kunne dele med hverandre også det som er vanskelig eller når man har gjort feil (Informant 1, klinisk sosionom, Informant 3, psykologspesialist). En klinisk sosionom sier det slik:

*«... rammer som gjør at vi kan snakke og reflektere åpent sammen som team, og at det blir mulig å liksom fortelle om det der gjorde jeg, det var kanskje ikke det lureste jeg har gjort ... skam og prøvd å skjule ... det er utrolig viktig at vi liksom kan jobbe sammen i stedet for, og, å med tillit, og til å ikke ut fra at man prøver å skjule og skamme seg for å ikke helt få til.» (Informant 1, klinisk sosionom)*

En psykolog viser til at leder med fordel kan være modell og påvirke det kollegiale klimaet:

*«Så hva den lederen skaper i drøftinger av type kultur og ja, takhøyde for hva man kan snakke om på team både faglig, men kanskje også mer personlig eller om liksom det å stå i jobben sin.» (Informant 3, psykolog)*

Det sosiale fellesskapet som kollegaer representerer er fremhevet av samtlige informanter.

Disse to sitatene illustrerer noe av det som er gjennomgående i intervjuene om dette:

*«Jeg synes det er godt å komme hit om morgningen og treffe kollegaer og, ja, ha en sånn liten morgenprat, hvis vi rekker det før vi går i gang. Det synes jeg er utrolig viktig, det gjør noe med trivsel og det gjør noe med min egen motivasjon og.» (Informant 2, klinisk sosionom)*

En annen informant understrekte elementer som munter stemning, og å ta en kaffee og slarve litt, samhold og kollegial støtte (Informant 4, psykologspesialist). Flere respondenter påpeker at det kollegiale miljøet er viktig både faglig og emosjonelt:

*«Jeg tror det er viktig med støtte, altså faglig og emosjonell støtte.» (Informant 6, klinisk sosionom)*

En informant er opptatt av at forventningspress om å være sosial imidlertid kan være uheldig:

*«Åh, her har jeg lyst til å treffe folk, det er fint, de synes det er hyggelig å treffe meg og, at vi kan le og fjase litt, altså litt den dere uformelle delen, at det ... at jeg får lov å være der. Men at også er lov å si at nå må jeg liksom bare lukke døren og konsentrere meg om de tingene, jeg trenger å konsentrere meg. Ikke sant, at ikke jeg har et sånt sosialt mas, da.» (Informant 1, klinisk sosionom)*

Tre av informantene viser eksplisitt til at det er viktig at leder legger til rette også for slike sosiale kollegiale møtepunkter (informant 3, psykolog, Informant 5 psykologspesialist, Informant 2 klinisk sosionom):

*«... så da må vi gjøre noe hyggelig. Poenget er at vi bruker mye tid innad i de teamene, og det er ... da tenker jeg at det at det er et godt miljø innad i det teamet og at lederen liksom fasiliterer det, det er viktig.»* (Informant 3, psykolog)

Tre deltakere viser til at det er emosjonelt krevende med stor kollega turnover (Informant 2, klinisk sosionom, Informant 3, psykolog, Informant 4, psykologspesialist).

Flere informanter viser motsatt til hva mistrives i kollegamiljø kan lede til og at det vanskelig lar seg kombinere med den relasjonelle biten av pasientkontakten (Informant 1, klinisk sosionom, Informant 2, klinisk sosionom, Informant 4, psykologspesialist, Informant 5, psykologspesialist). En klinisk sosionom sier:

*«Hvis alle dører er lukket og vi ikke snakker sammen og vi har en sånn mistillit til hverandres utføring av oppgaver, ikke sant. At.. irriterer seg over kollegaer som gjør sånn og sånn, at det liksom ikke blir tatt opp, men at vi bare går og surrer ... er det utrolig slitsomt og fører til mange spenninger i kroppen og litt sånn stress og at man ikke har lyst til å bli sett»* (Informant 1, klinisk sosionom)

#### 4.1.2.3 Utvikling

Et annet tema som gikk igjen i samtlige intervjuer med informantene er muligheten for faglig og personlig utvikling. Deltakerne nevner for eksempel at veiledning, eksterne og interne kurs eller fagdager, ulike ansvarsområder eller spesialteam som slike muligheter for utvikling. De er opptatt av å ha nok kunnskap for å kunne gjøre jobben de er satt til å utføre. En psykolog uttrykker seg slik om dette:

*«...at man får kurs er viktig da, kompetanseheving og få utvikle seg faglig ... at man kan utvikle seg som fagperson gjennom det at man også da står tryggere i det tilbudet man gir pasientene, når man har ett sånt større fagmiljø å være en del av.»*  
(Informant 5, psykologspesialist)

#### 4.1.2.4 Arbeidsbelastning

Et annet tema som gjentok seg i alle intervjuene er utfordringer ved opplevelse av for høy arbeidsbelastning over tid. En klinisk sosionom ordlegger seg slik om dette:

*«... når det er en for lang periode med mange oppgaver og tunge saker, for det er helt greit at det er sånn en liten periode. Men når det hele tiden er trøkk, trøkk, trøkk – da blir jeg litt sånn død inni meg og opplever at jeg blir helt overveldet liksom. Og da, da blir det tungt å gå på jobb ... som behandler så blir jeg stressa og da faller jeg utenfor toleransevinduet mitt, og så blir jeg en mindre bra terapeut og kvaliteten på behandlingen jeg gir er mye dårligere, ikke sant.»* (Informant 1, klinisk sosionom)

#### 4.1.2.5 Påvirkning

Flertallet av deltagerne er opptatt av at det er viktig å kunne ha innvirkning på egen hverdag, ikke bare med hensyn til arbeidsmengde, men også hvilke typer oppgaver en arbeider med. En psykolog sier noe som er gjennomgående i intervjuene om dette:

*«... mulighet til å mene noe om det, eller liksom lage en plan på det».. «hvis det hadde vært mindre, mindre rom for tilpasninger og mindre frihet, ting blir mere tredd på deg uten å kunne mene så mye eller få så informasjon om hvorfor det er sånn eller, så, så tror jeg tenker jeg at det kan påvirke motivasjonen.»* (Informant 3, psykolog)

I tillegg mener noen av informantene at det er viktig å ha fleksibilitet i arbeidshverdagen:

*«Og at man påvirke også arbeidshverdagen sin, altså både med tanke på hvilken type saker man skal ta. Ja, at man har sånn fleksibilitet tenker jeg også er viktig i arbeidshverdagen sin da.»* (Informant 5, psykologspesialist)

En informant peker på at tilstrekkelig med ressurser, tid og kunnskap er sentralt for mestring:

*«... at man har på en måte mulighet til å utøve de oppgavene, altså har de ressursene tilgjengelige for å liksom utøve de oppgavene man er satt til å gjøre. Altså at man har nok tid for eksempel og at man har ja, kunnskap nok.»* (Informant 6, klinisk sosionom)

Muligheter for å kunne påvirke egen arbeidshverdag gjorde at informantene opplevde mestring, men flere deltagere påpeker også at følelsen av å gjøre en god nok jobb er viktig:

*«Og så tenker jeg at påvirkningskraft over egen hverdag er viktig. At man gjør ting man kan stå inne for, være fornøyd med å kjenne mestring. Og da på motsatt side, så er det jo når disse tingene ikke lar seg gjennomføre, på grunn av tingenes tilstand, så blir dette svært demotiverende.»* (Informant 7, psykolog)

En informant viser til at ulike behandlere kan ha individuelle behov:

*«... finne sine måter å jobbe på som man trives med. Og ja, som fungerer fint da.»..  
«helt avhengig av både erfaring, livssituasjon, kapasitet inn og mange faktorer som spiller inn på hva man trenger i ulike periode og. Det er fint at det tas høyde for. Ja, sånn i en grad man kan.»* (Informant 3, psykolog)

Flere av informantene begrunner at innflytelse på egenhverdag med at det kan ivareta behandlerressursen og forebygge omsorgstretthet. En klinisk sosionom sier det slik:

*«I og med at vi bruker oss selv, altså mye av vår emosjonelle kapasitet, mental kapasitet, så handler det jo om å ivareta en ressurs som ... altså at vi som mennesker er en ressurs i den jobben. Og da krever det at faget og fagutøvelsen også er bærekraftig for oss. Det vil si at det skal være en balanse i de oppgavene man får, innholdet i dem, antallet saker, i forhold til hvordan man liksom, hvordan man bruker seg selv.»* (Informant 6, klinisk sosionom)

### **4.3 Behandlers profesjonsbakgrunn og kliniske erfaring**

Har profesjonsbakgrunn og/eller klinisk erfaring hos deltagerne betydning for hva de opplever som viktig for å trives og kjenne seg motivert i BUP arbeidshverdagen?

Uavhengig av informantenes profesjonsbakgrunn og om de hadde kort eller lang klinisk erfaring viser alle informantene til at en som ny behandler i BUP er av behov for god innføring i både alt det praktiske som skal gjøres og BUP systemets mange særegne sider. Mange av deltakere beskrev oppstarten i BUP som uerfaren behandler som overveldende.

Et par respondenter viser til erfarte utfordringer relatert til adekvat nyansatopplæring (Informant 7, psykolog og Informant 2, klinisk sosionom). Tilbake i tid virker dette knyttet til ikke tilfredsstillende opplæringsrutiner, mens erfaringen fra nyere tid synes å være mer knyttet til knapphet på ressurser/tid til slik opplæring. Den kliniske sosionomen sier:

*«For det har kanskje vært litt sånn akilleshæl da på BUPèn, at man må finne ut av mye på egenhånd og det blir veldig slitsomt når du har så mye annet også som foregår samtidig ... det kan kollegaene gjøre, men at det er leder som må iverksette og sørge for at det skjer.» (Informant 2, klinisk sosionom)*

Alle deltagerne er opptatt av at gode kollegaer for støtte og råd er ekstra viktig som nyansatt, i tillegg er en tilgjengelig og anerkjennende leder og ikke minst en erfaren veileder/ mentor. Det er i flere av intervjuene vist til at en som nyansatt har større behov for jevnlig avklaringer med kollegaer og leder, for å sikre seg at de har husket alt og gjort det riktig. En psykolog beskriver hvordan det som ny er å komme inn i BUP feltet og hva som er viktig:

*«Her, så er det jo veldig mye som ikke er A4, som en ikke liksom kan sette 2 streker under svaret på, og som er ... man trenger erfaring og man trenger liksom å jobbe ja, jobbe med ting over tid. Men da å kjenne at man utvikler seg og forstår mer, det er viktig for både mestring og motivasjon tenker jeg.» (Informant 3, psykolog)*

Flere av respondentene viste til at etterhvert som de fikk mer erfaring og bedre oversikt i BUP feltet, så meldte behovene seg mer for å kunne fordype seg i terapiprosessene og ulike terapeutiske metoder. En informant beskriver dette slik:

*«I starten så var det om å få oversikt over liksom systemet ikke sant og hvordan gjør jeg disse helt elementære tingene ... Mens nå så tenker jeg ikke så mye på det, men det er mer sånn dybdeforståelse i noen terapier for eksempel. Å gå litt mer inn i terapiforløp og metoder, mer for å liksom utvikle meg som terapeut, mer enn det å klare stå i en arbeidsbelastning.» (Informant 3, psykolog)*

Noen deltakere viser til opplevelse av å ikke strekke til som nyansatt i BUP. Erfarne BUP klinikere eller leder som kunne uttrykke at det er vanlig å føle på utilstrekkelighet som ny opplevdes som viktig. Flere sier det hjalp dem å tenke at det ikke var noe galt med dem og at de ikke handlet om at det var de ikke passet til dette arbeidet. En informant uttrykker det slik:

*«Som ny i BUP hadde jeg mer behov for at noen forklarte meg mer strukturen og hjalp meg med å få en oversikt. Det hjalp meg med å ha en kanskje mer sånn tilgivende holdning for alt det jeg ikke helt fikk til i det i det kliniske ... man trenger noen erfarne som sier at dette er vanlig, at man kanskje ikke føler helt at man får det til.» (Informant 1, klinisk sosionom)*

En deltaker mente at nyansatte psykologer muligens kunne ha ett fortrinn med sin utdanning:

*«... fordi det er så mye å kunne sette seg inn i, så mye å lære da. Det er kanskje det for alle som begynner i BUP, altså ... psykologene har ett litt annet utgangspunkt («enn legene, pedagogene og oss sosionomene») – mht «terapien» ... psykologene har ett fortrinn» (informant 2, klinisk sosionom)*

Manglende erfaring fra spesialisthelsetjenesten generelt er gjennomgående rapportert som en utfordring ved oppstart i BUP. En deltaker mente derimot at god nyansattopplæring i BUP var viktig selv med tidligere erfaring i psykisk helsevern for voksne (VOP). Vedkommende viser til sider ved BUP som eget arbeidsfelt, som utreder og intervensjoner på flere måter og arenaer enn for eksempel i VOP. Videre at det igjen krever annen journaldokumentasjon og at diagnoser settes på hele 5 akser. Den kliniske sosionomen opplevde slik at egen arbeidserfaringen fra VOP ikke hadde vært helt overførbart til arbeidsoppgavene i BUP:

*«BUP var jo en helt ny arbeidshverdag, kunne jo ikke sammenlignes med voksenpsykiatrien i det hele tatt. Så jeg var vel egentlig litt sånn heldig da, om at jeg hadde gode kollegaer som hjalp meg inn i denne verden her da. Ja, rett og slett!».. «Det er en helt annen verden altså, da ... det var jo det å være med i andres timer, egentlig det å bli med på ulike ting som foregår her på BUP da. Det å bli introdusert for de ulike utredningsforløpene, de ulike notatene som skal skrives, aksene. Det var bare helt tilfeldig at jeg fikk vite om aksene i BUP.» (Informant 2, klinisk sosionom)*

Fremfor ulikheter mellom de to profesjonsgruppene jeg intervjuet, fremkommer det mer at erfaring spiller en rolle for hvilke behov en har for å kunne trives og kjenne seg motivert. En informant melder at behovet for ros og anerkjennelse nok har moderert seg i takt med økende arbeidserfaring (Informant 2, klinisk sosionom). En annen deltaker opplever derimot at behovene kanskje er de samme, men at en som nyutdannet nok ikke er like bevisst egne behov og hva en kan forvente tilbake fra arbeidsgiver (Informant 5, psykologspesialist).

De mest erfarne informantene er fornøyd med å ha fått økt autonomi og en deltaker peker i tillegg spesifikt på at økt tillit til økt ansvar med erfaring opplevdes anerkjennende. En informant viser til at det er fint at autoritetstrinnet mellom en selv og leder er utjevnet, selv om leder har en tydelig lederrolle. Et par av de erfarne respondentene er opptatt av at det er givende å kunne gi noe tilbake til de nyutdannede for eksempel gjennom veiledning, som en



psykologspesialist uttalte det: «... å se andres mestringsfølelse, både pasienter eller yngre kollegaer.» (Informant 4, psykologspesialist)

Men også de to psykologene uten klinisk spesialisering viser til behov for innflytelse på egen hverdag som viktig for trivsel og motivasjon (Informantene 3 og 7, psykologer). Det handler for eksempel om å kunne ha innflytelse på hvilke pasientsaker en arbeider med eller å kunne legge opp sin egen arbeidshverdag. En deltaker fremhever at det også er verdifullt med en dag i uken uten pasientavtaler for å kunne ha fokus på fagutvikling (Informant 3, psykolog).

En av de mest erfarne informantene er opptatt av ett fortsatt behov for egen videreutvikling:

*«Men så når man har jobbet noen år så er det viktigere med den kompetansehevingen og, man ofte også blir, kanskje litt nedprioritert fordi man ikke må ha et spesialiseringsforløp for eksempel ... kan bli litt sånn stillstand på en måte, fordi man er ferdig spesialist, så det blir litt sånn. Ja. Vanskeligere å finne kanskje nye utviklingsrom da.»* (Informant 5, psykologspesialist)

Et par andre erfarne deltaker opplever at de nå nok er mindre idealistiske (Informant 1, klinisk sosionom og Informant 4, psykologspesialist). Flere informanter sier de har blitt sosialt tryggere med årene, noe som gjør at de lettere trives i ulike miljø. En klinisk sosionom sier:

*«Tror jeg kanskje er litt mindre idealistisk. Ja, og litt mere jordnær i hva det er jeg tenker at jeg kan bidra med, rett og slett, sånn motivasjonsmessig da. Også sosialt, så er jeg jo ... eller ... ja, jeg er sosialt tryggere.»* (Informant 1, klinisk sosionom)

Jeg velger å avslutte redegjørelsen av deltakernes betraktninger om behovene for trivsel og motivasjon relatert til lengde på erfaring med to sitater. Først fra en nyutdannet deltaker og deretter en deltaker med lang erfaring, som jeg synes eksemplifiserer essensen i funnene:

*«Helt klart så tenker jeg at jeg vil ha andre behov enn folk som har jobbet med dette i lang tid ... I mange år handler det om hvordan samarbeidet med pasientene og systemene rundt pasienten og kjenner til hele behandlingssystemet, alle instansene og koordinere dette på en god måte som er helt annerledes enn det jeg har gjort før ... Jeg tenker at å stå i denne arbeidshverdagen uten støtte, veiledning, guiding og*

*opplæring vil nok gjøre at alt oppleves fryktelig slitsomt, tungt og vanskelige, uoverkommelig.» (Informant 7, psykolog)*

Informanten med lang erfaring erindrer hvordan det var å være ny slik:

*«Nei, når jeg var ny var jeg helt lost ... det var jo litt hardt å være ny psykolog».. «jeg var jo mindre rolleavklart. Jeg var jo mye mer famlende før da .... de menneskelige faktorene og kollegaene og støtten man opplever fra kollegaene sine, kanskje støtten den sånn rene kollega støtten, kanskje var viktigere ... Nå er jeg mer bevisst på hva som motiverer meg, holdt jeg på å si, og det var jeg ikke like bevisst da jeg var ny. Jeg er mer sånn rolleavklart og vet hva som ligger i rollen ... eller har mye mer oversikt og. Så har jo en sånn mer indre ro og trygghet på det liksom» (Informant 4, psykologspesialist)*

#### **4.4 Leders profesjonsbakgrunn og kliniske erfaring**

På spørsmål om leders profesjonsbakgrunn og/eller klinisk erfaring har betydning for utøving av ledelse, rapporterer alle informantene at det er sentralt for dem at leder har klinisk erfaring, fremfor at en spesifikk profesjonsbakgrunn var avgjørende. En respondent mener at leders personlige egnethet for lederrollen er det viktigste for å kunne lede ett team/enhet, men er samstemt med de andre deltakere i at klinisk erfaring er viktig for å kunne gi gode råd og anbefalinger til behandlerne (Informant 2, klinisk sosionom). En informant mener at det mest sentrale ved en god leder kanskje er at den faktisk søker forståelse for behandlernes arbeidssituasjon og at en sammen kan finne løsninger på aktuelle utfordringer (Informant 7, psykolog). En annen informant påpeker at dersom leder har en annen profesjon enn informanten selv så kan drøftinger med behov knyttet til eget fagområde fylles av andre fagpersoner med tilsvarende profesjon (Informant 5, psykologspesialist). Samtlige deltakerne uttrykker at noe av det mest vesentlige er at lederen har forutsetninger for å kunne sette seg inn i behandlernes arbeidshverdag.

En informant uttrykker bekymring for om en leder helt uten klinisk forankring ville ha forutsetninger for å faktisk forstå den kliniske hverdagen:

*«Hvis det var en person helt uten referanse til faget, da ville jeg med en gang tenkt at; du verden, håper du ... håper du ser og forstår og skjønner deg på alle disse finurlighetene i behandlerhverdagen.» (Informant 4, psykologspesialist)*

En deltaker viser spesifikt til at det er sentralt at en leder har profesjonsbakgrunn innenfor helsefaget, og formulerer noe av kjernen i de fleste informantenes besvarelser slik:

*«Jeg tror at klinisk erfaring er ganske viktig for å kunne forstå den posisjonen man står i som behandler, for å kunne sette seg inn i hvordan det være å være utøvende kliniker. Det er klart at sitter man mer på byråkratisk avstand og har håndtert formaliteter i dette faget i større grad enn klinikk, så tror jeg det er lettere å miste av syne eller ikke relatere til den delen av fagutøvelsen som handler om å ta vare på seg selv som verktøy da ... har man en profesjonsbakgrunn innenfor dette som sosialfaglig, lege eller.. altså psykolog eller hva det måtte være, til å .. tar man jo gjerne den utdanningen av en grunn og nettopp for å jobbe klinisk. Sånn at disse tingene henger vel som oftest sammen, men jeg vil jo tro at en psykolog utdannet, som ikke har vært i berøring med klinikk og som blir satt til å utøve lederskap vil stå fattigere stilt.» (Informant 6, klinisk sosionom)*

## 5 Diskusjon

Jeg vil her diskutere funnene som er presentert i kapittel 4 opp mot det teoretiske rammeverket og for å til slutt kunne besvare problemstillingen.

### 5.1 Opplevd sammenheng mellom trivsel og motivasjon

Jeg fant at behandlerne ikke opplever trivsel og motivasjon som isolerte fenomener, men at de henger sammen eller til dels kan overlape hverandre. Motivasjon er her i hovedsak knyttet til arbeidet med pasienter og faget, mens trivsel oppleves mer relatert til det kollegiale miljøet. I perioder med lav grad av trivsel kan indre motivasjon være kompensierende en begrenset periode. Trivsel oppleves imidlertid som fasiliterende for motivasjon og lav grad av trivsel kan i lengden oppleves tyngende til tross for at behandler i utgangspunktet kjenner seg motivert. Mistrivsel oppleves som direkte hemmende for motivasjonen og fremkommer her først og fremst som knyttet til isfront/konflikter med leder eller i det kollegiale miljøet.

Resultatene samsvarer med motivasjons-hygiene teorien som blant annet hevder at tilfredsstillende relasjoner er helt nødvendig for et trivende arbeidsmiljø og forebyggende for mistrivsel. Videre at det er selve innholdet i arbeidsoppgavene som motiverer mennesker og gjør dem glade på jobb (Herzberg, 1987). Trivsel og motivasjon har imidlertid også i andre sammenhenger enn i denne studien fremstått som overlappende fenomener (Herzberg, 1987; Kuvaas & Dysvik, 2012). Kuvaas & Dysvik (2012) viser til at motivasjon overlapper positive følelser og tilknytning til jobben, slik at tilfredsstillelse av de tre psykologiske behovene autonomi, kompetanse og tilhørighet, også vil medføre trivsel på jobb (Kuvaas & Dysvik, 2012; Ryan & Deci, 2000).

### 5.2 Lederatferd som fremmer eller hemmer trivsel og motivasjon

Lederatferd ble i resultat presentasjonen delt inn i to deler; «direkte ledelse» og «indirekte ledelse». Jeg velger innledningsvis å forholde meg til denne inndelingen i diskusjonen. I 5.2.1 vil jeg nå først presentere hvilke trivsel og motivasjonsfremmende/fremmende lederatferd som fremkommer i studien i den direkte kontakten leder har med behandlerne. I 5.2.2 vil jeg videre presentere hvilke lederatferd behandlerne ønsker/ikke ønsker som har innvirkning på andre arbeidsforhold som oppleves fremmende for jobbtrivsel og jobbmotivasjon. I 5.2.3 vil jeg til slutt samlet diskutere hvilke lederatferd som fremmer trivsel og motivasjon.

### 5.2.1 Direkte ledelse

Jeg fant at de kliniske behandlerne i BUP ønsker at leder er tilgjengelig slik at de kan drøfte faglige spørsmål og gjøre nødvendige avklaringer. Det fremstår som viktig at leder evner å være åpen og utforskende i dialogen med behandlerne slik at de sammen kan finne løsninger som er forankret i faglige vurderinger, og hvor systemets administrative føringer ikke er det eneste grunnlaget for beslutningene. Leder kan imidlertid med fordel bringe inn sin oversikt over systemet, rammene og kravene i denne dialogen. Det synes viktig at leder klarer å kommunisere føringene fra systemet til behandlerne på en ryddig måte og også kan spille på lag med øvrig ledelse. Samtidig ønsker de at leder er åpen og ærlig om faktiske utfordringer, uten at løsningsansvaret blir lagt på behandlerne i situasjoner med forklaringer i systemet. I stedet bør leder kommunisere slike vansker oppover i lederlinjen for å etterstrebe mulige strukturelle intervensjoner. Det fremstår videre som viktig at leder ikke er ensidig opptatt av å rette på feil eller utøve kontrollatferd, for slik å risikere å miste av syne behandlernes innsats. Sist, men ikke minst ønsker behandlerne at leder viser tillit til deres fagkompetanse og evne til klinisk skjønn.

Leders tilgjengelighet oppleves i seg selv her ikke som tilstrekkelig uten at leder har forutsetninger for å forstå den kliniske hverdagen, opptrer som oppriktig interessert i å skaffe seg forståelse og klarer å være anerkjennende og støttende i møte med behandlerne. Motsatt oppleves en leder som ikke tar seg tid til eller ikke tar tilbakemeldinger til betraktning som lite støttende.

Det er ønskelig med en leder som i den direkte dialogen med behandlerne fremstår åpen for at behandlerne kan ha innflytelse på egen arbeidshverdag. Dette innebærer at leder faktisk har mandat til å gi slikt rom for innflytelse eller prøver å finne rom for mulige lokale løsninger.

Det påpekes at behandlere er mennesker i ulike livssituasjoner og med ulike behov og interesseområder. Det er derfor viktig at leder gjør seg kjent med hver enkelt behandler for å kunne gjøre gode individuelle vurderinger med hensyn til deres egnede utviklingsområder, tilpasninger og typer av behov for anerkjennelser. Å kjenne seg sett av leder og føle at arbeidet en gjør er betydningsfullt fremstår som svært viktig for behandlerne.

Det fremkommer også at en leder som byr på seg selv, bruker humor, viser menneskelighet, og modell er for ønsket atferd fremmer trivsel og motivasjon hos behandlerne i BUP.

### **5.2.2 Indirekte ledelse**

Jeg fant at behandlerne er opptatt av en rekke andre forhold utover ledelsesatferd, som oppleves fremmende for jobbtrivsel og jobbmotivasjon. Behandlerne betrakter imidlertid at en viktig lederatferd er nettopp å legge til rette for disse andre ønskelige arbeidsforholdene. Jeg valgte derfor inkludere disse forholdene under benevnelsen «indirekte ledelse».

Den viktigste motivatoren som fremkommer er den meningsfullheten som behandlerne finner i sitt fagområde og utviklingsprosessene de får til sammen med pasientene og deres familier. De fremstår som viktig at leder lager rom for ulike former av fagutvikling og mulighet til psykologiske utviklingsprosesser i pasientsaker.

Opplevelse av å faktisk ha innflytelse på egen arbeidshverdag er her også viktig, utover at leder åpner for dette i den direkte dialog med den ansatte. Mulighet for å ha innvirkning på egen hverdag gjør at behandlerne føler økt kontroll og mestring i arbeidshverdagen. Slik innflytelse fremstår som viktig både med hensyn til fleksibilitet i arbeidshverdagen, antall pasientsaker, typer av pasientsaker og varierende arbeidsoppgaver.

Det mest sentrale behandlerne oppgir for egen jobbtrivsel er det kollegiale fellesskapet, og de opplever at slik trivsel og jobbmotivasjon henger sammen. Opplevelse av kollegial tilhørighet, samarbeid, lagånd og støtte fremstår her som særdeles viktig. En lederatferd som behandlerne betrakter som sentral i denne sammenhengen er at ledere gir rom for og tilrettelegger for slike faglige og sosiale møtepunkter i arbeidshverdagen. Slik bruk av behandlernes arbeidstid omtales som en «god investering», med gevinster i økt jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos behandlerne. Jeg finner videre at de enkelte behandlerne er av behov for ulike former for «påfyll» enten på jobb eller i fritiden for at de i det lengre løp skal kunne trives og kjenne seg motivert, men også for å klare å være kognitivt og emosjonelt på plass i møtene med pasientene og deres familier.

### **5.2.3 Ledelse (direkte og indirekte) som fremmer trivsel og motivasjon**

Jeg stilte i utgangspunkt spørsmålet om hvilke lederatferd som oppleves fremmende og/eller hemmende for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlere i BUP. Det fremkommer imidlertid i studien at lederatferd ikke bare i direkte, men også i indirekte forstand kan virke fremmende for slik trivsel og motivasjon hos behandlerne i BUP. Dette betyr at et bredt spekter av lederatferder, både direkte og indirekte har innvirkning på de

forholdene som fremmer trivsel og motivasjon hos behandlerne i BUP. Jeg velger å diskutere lederatferd som her fremstår som sentralt for behandlerne og vise til teori.

En leder som viser tillit til behandlernes fagkompetanse og klinisk skjønn, og samtidig legger til rette for et tillitsfullt arbeidsmiljø utøver både «direkte» og «indirekte» lederatferd som fremmer trivsel og motivasjon hos behandlerne. Arnulf (2020) omtaler tillit som limet i alle menneskelige fellesskap. Det er trivende og motiverende for ansatte med ledere som stoler på deres vurderinger og prioriteringer, og viser respekt for deres faglighet (Herzberg, 1987; Haavik & Toven, 2020).

Kliniske behandlere i BUP har i likhet med andre helsetjenester spesialisert fagekspertise for å selvstendig kunne ivareta de dynamiske og sammensatte oppgavene i relasjonelle møter med pasientene og deres familier i BUP (Jacobsen & Thorsvik, 2016), og hvor behandlerne gir mye av seg selv (Berge, 2005; Ekeland et al., 2011; Haavik & Toven, 2020). Leder kan med fordel bidra inn med systemoversikt og rutiner for å ramme inn hverdagen, men det virker fordre at leder evner å forholde seg fleksibelt og også kan se etter muligheter for å utvide klinikernes handlingsrom. En leder som forstår behovet av og klarer å gir rom for at behandler kan innvirke på saksmengde, typer av saker og arbeidsoppgaver fremstår som fremmende for trivsel og motivasjon hos behandlerne. Kuvaas & Dysvik (2010) hevder at førstelinjeledere som evner å opptre støttende i samhandlende dialog med sine ansatte også er fordelaktig for organisasjonen. En leder som klarer å ta i betraktning de individuelle styrkene og behovene hos hver enkelt behandler og sammen med dem skaper sammenheng og mening, virker ha best mulighet for å skape god oppslutning om arbeidsoppgavene (Arnulf, 2021; De Paoli, 2021; Jacobsen & Thorsvik, 2016). Leders forståelse for og respons på behovene til de ansatte vil slik kunne gi bedre driftsresultater, samtidig som det har vist seg å tiltrekke nye gode og motiverte ansatte og forebygge ansatt turnover (Kuvaas & Dysvik, 2012).

I tillegg fremstår det viktig med en leder som er tilgjengelig for praktisk og emosjonell støtte. Leder kan også indirekte gi slik støtte til behandlerne gjennom å opptre fasiliterende for et godt og støttende kollegialt fellesskap som behandlerne kjenner tilhørighet til (Ryan & Deci, 2000). Behandlerne opplever det videre støttende og tryggende med en leder og kollegialt miljø hvor det også er rom for å gjøre feil og slik lav terskel for å kunne be om støtte og råd.

Behandlerne er også av behov for personlig og faglig utvikling for å kunne kjenne mestring i sine arbeidsoppgaver. En leder som også forstår at disse behovene kan være individuelle

virker kunne ha best forutsetning til å gi behandlerne optimale utfordringer, støttende tilbakemeldinger og fravær av devaluering, som gir opplevelse av å inneha kompetanse (Ryan & Deci, 2000). Kuvaas & Dysvik (2010) fant i sin studie at ulike former for oppfølging og investering i de ansatte har liten effekt uten at de opplever faktisk støtte fra sin nærmeste leder. Senere har det også fremkommet i studier at investering i fordypning og kurs hos ansatte gir best gevinst dersom det tar utgangspunkt i den ansattes styrker og interesser, altså når den ansatte er indre motivert (Jacobsen & Thorsen, 2016).

De tre grunnleggende psykologiske behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet danner her et slags underleggende teppe i resultatene (Ryan & Deci, 2000). Autonomi omhandler behandlerens mulighet for å utøve innflytelse og kunne gjøre aktiviteter i tråd med egne verdier og interesser. Kompetanse omhandler opplevelse av mestring og mulighet til utvikling. Tilhørighet omhandler det kollegiale fellesskapet og opplevelse av å bli vedsatt (Ryan & Deci, 2000; Spehar, 2021). Tilhørighet og kompetanse viser seg å fremme internalisering, mens autonomi fremmer integrering av verdier og ønsket jobbatferd. Manglende støtte for autonomi, kompetanse og tilhørighet resulterer imidlertid i redusert trivsel og demotivering (Feyer, 2023; Prilleltensky, 2020; Ryan og Deci, 2000). Ryan & Deci (2000) hevder nettopp at tilrettelegging for et arbeidsmiljø som støtter disse tre psykologiske behovene er viktig for ledere som ønsker å motivere sine ansatte. En leder kan på denne måten også kunne forebygge utvikling av arbeidsmiljø med splitting, mistillit og lite støtte, noe som vanskelig lar seg forene med det kliniske arbeidet i BUP som krever å være kognitiv og emosjonell på plass i møte med pasientene og deres familier (Ekeland et al., 2011; Herzberg, 1987; Haavik & Toven, 2020). Haavik & Toven (2020) viser videre til at det er en lederoppgave å organisere og lage rammer, med arbeidsmiljøet i sentrum.

Prilleltensky (2020) fremmer også at vi alle har behov for å føle tilhørighet og at vi betyr noe, og mener at slik betydningsfullhet eller «mattering» består av to prosesser som komplementerer hverandre: å føle seg verdisatt og å tillegge (andre) verdi. Videre at balansert og adekvat mengde av disse prosessene gir trivsel eller «well-being» (Prilleltensky, 2020). Opplevelse av meningsfullhet i arbeidet og at det en gjør er betydningsfullt fremkommer nettopp som den mest sentrale motivatoren hos de kliniske behandlerne i BUP. De er opptatt av å ha muligheter for å kunne fokusere på det som gir dem mening og i et miljø med en leder og kollegaer som bekrefter og anerkjenner deres bidrag og styrker, på måter som viser forståelse for deres individuelle behov (Prilleltensky, 2020). Ivaretagelse av behandleres



opplevelse av meningsfullhet og betydningsfullhet er også forebyggende for omsorgstretthet hos kliniske behandlere (Bang, 2005; Haavik & Toven, 2020; Prilleltensky, 2005).

### **5.3 Betydning av behandlers profesjonsbakgrunn og klinisk erfaring**

Mine funn indikerer ikke at det her er profesjonsspesifikke behovsforskjeller for trivsel og motivasjon. Behovene til behandlerne for trivsel og motivasjon samsvarer på tvers av profesjon med det som ovenfor diskutert. Hvilke typer av behov som er ønskelige synes imidlertid å variere noe med lengden på den kliniske erfaringen i BUP.

I oppstartfasen som nyansatt behandler er en inngående innføring i BUP systemene og alle særegne rutiner viktig. Dette fremstår som særdeles viktig ved ansettelser av nyutdannede behandlere. Erfaring fra VOP fremstår imidlertid heller ikke her som direkte overførbart til BUP, slik at det kan forventes behov for god innføring også ved ansettelser av behandlere med slik erfaring isolert. Det vurderes viktig at leder ser til at opplæring ivaretas, men at selve opplæringen kan la seg utføre av andre klinikere eller kontormedarbeidere.

Behandlere med lite klinisk erfaring virker å være av størst behov for en lett tilgjengelig leder, erfarne klinikere, veiledere og et kollegialt fellesskap. De trenger videre bekreftelse på at det faktisk er mye nytt å sette seg inn i og at det er vanlig å føle seg overveldet i begynnelsen. Nyutdannede behandlere virker også være mindre bevisste på egne behov, mindre rolleavklart og opptatt av å først og fremst være gode arbeidstakere.

Som nyansatt med lite erfaring fremstår det i oppstartsfasen å være tilstrekkelig med utfordringer og utviklingsmuligheter knyttet til å skaffe seg nødvendig kunnskap om systemet og alt det praktiske. Behovene for mer faglig fordypning og videreutdanning virker å melde seg mer i takt med økt oversikt og resulterende opplevd mestring. Spesialister med lang erfaring kan imidlertid også ha behov for faglig videreutvikling, da ikke alle spesialister nødvendigvis kjenner seg helt tilfreds i rollen som ferdigutdannet senior.

Behandlerne med lite erfaring virker her altså å være av mer behov for tett oppfølging og rammer i arbeidshverdagen. Resultatene viser imidlertid at alle og uavhengig av erfaringslengde ønsker mulighet for innflytelse på egen hverdag. Selv de mer uerfarne behandlerne fremhever autonomi, i kombinasjon med muligheter for faglige avklaringer og rutiner som rammer inn hverdagen, som viktig for trivsel og motivasjon. Spesialister med lang erfaring og uavhengig av profesjon virker å trives med en leder som både gir høy faglig autonomi og opphever distinksjonen mellom seg selv og behandleren (De Paoli, 2023).

Dette betyr at det er viktig at leder tar ansvar for å ha på plass gode opplæringsrutiner og at det blir satt av tilstrekkelig med tid til opplæring ved oppstart tilpasset behandlernes individuelle behov, og spesielt med hensyn til deres tidligere erfaringsbakgrunn. Behandlerne med kort erfaring har parallelt med opplæring også behov for innflytelse på egen hverdag, og slik autonomi må ikke misforståes som lik betegnende med å bli «overlatt til seg selv». Nyutdannede kan her fremstå som med større risiko for omsorgstretthet enn behandlere som med erfaring har blitt mer rolleavklart og bevisst ansvarsgjensidigheten i ett arbeidsforhold. I linje med det som fremkommer viser også Stangenes (2023) til at det er viktig for nyutdannede psykologer å få høre fra erfarne klinikere at det er vanlig å bli overveldet ved oppstart i spesialisthelsetjenestene.

Resultatene tyder videre på at ledere imidlertid også må være bevisst på de individuelle behovene hos mer erfarne spesialistene, for at også de i lengden skal kunne trives og være motivert i sitt arbeid.

Oppsummert kan disse resultatene ses i lys av Maslows behovshierarki hvor de mest grunnleggende behovene for rammebetingelser først må på plass for behandlerne, for deretter å fokusere på kollegiale relasjoner, videre kunne ta til seg ros og anerkjennelser og til slutt være klar for mer utfordrende oppgaver, kreativitet og forbedring (Spehar, 2021). En leder må slik være bevisst at også erfarne kliniske spesialister øverst på behovspyramiden fortsatt har ulike individuelle behov for mulighet til kompetanseutvikling.

#### **5.4 Betydningen av leders profesjonsbakgrunn og klinisk erfaring**

Jeg fant at de kliniske behandlerne i BUP fremfor å være opptatt av leders spesifikke profesjonsbakgrunn er opptatt av at leder innehar relevant klinisk erfaring. Det vektlegges at leder må ha forutsetninger for å forstå alle problemstillingene i en klinisk arbeidshverdag for å kunne klare å forholde seg støttede og konstruktivt til aktualitetene. Det kan imidlertid virke av betydning at leder har en profesjonsbakgrunn innenfor helsefaget og som er relevant for psykisk helsevern. Det er forøvrig viktig at leder er bevisst egne faglige begrensninger og sørger for at behandlere har mulighet for å drøfte profesjonsspesifikke fagspørsmål med relevant fagperson dersom leder har en annen profesjonsbakgrunn.

I likhet med andre felt i helsevesenet har de ansatte i BUP fagekspertise og høy autonomi i sitt arbeid, og tilhører en ansattgruppe som er kjent for å være skeptiske til innføringer fra ledere som ikke har samme profesjonelle kompetansen som de selv (Jacobsen & Thorsvik,

2016; Spehar et al., 2014). Jeg forventet slik at de behandlerne jeg intervjuet i BUP skulle være mer opptatt av hvilken profesjon nærmeste leder har enn det som her fremkommer. I behandlernes øyne virker det imidlertid ønskelig at leder har en profesjonsbakgrunn fra helsevesenet og relevant klinisk erfaring for å ha forutsetning til å forstå, som en informant uttrykte det *alle finurlighetene* i en klinisk hverdag. Ledere trenger kompetanse innenfor det området de skal lede (Arnulf, 2021). En leder må videre etterstrebe bevissthet med hensyn til både eget profesjonsbidrag og begrensninger i den dialektiske samhandlingen med behandlerne (Spehar et al., 2014). Arnulf (2021) viser til at en leders evne til å delta i et slikt komplisert samarbeid er et viktigere genetisk grunnlag for ledelse enn dominans.

### **5.5 Betydningen av ledelse for trivsel og motivasjon hos behandlere i BUP**

Mitt utgangspunkt i studien er hva de kliniske behandlerne i BUP opplever som ønsket lederatferd og hvilken betydning ledelse har for deres jobbtrivsel og jobbmotivasjon.

Ledelse fremkommer her som betydningsfullt både i den direkte kontakten med behandlerne i BUP, og indirekte gjennom at leder har mulighet for å legge til rette for andre trivsels- og motivasjonsfremmende arbeidsforhold. Behandlerne i kunnskapsorganisasjonen BUP opplever at det er viktig med en leder som gjennom en balansert forståelse for faget, klinikken og systemet evner å følge opp den enkeltes behandlerns individuelle styrker, behov og interesser, og samtidig gir grobunn for et trivende kollegialt miljø. Og som en klinisk sosionom i studien uttrykte det: *det har i alle fall fått meg til å tenke på at leders rolle er ganske svær egentlig i forhold til å få dette her til å fungere*. Tilrettelegging for trivsel og motivasjon gjennom gjensidighet, faglig tillit og støtte har også vist seg å gi økt ekstrarolleatferd og arbeidsprestasjoner, samt redusere risiko for omsorgstretthet og sykefravær hos behandlerne (Arnulf, 2021; Herzberg, 1987; Jacobsen & Thorsvik, 2016).

### **5.6 Metodiske betraktninger**

Tidligere i oppgaven redegjorde jeg for momenter med hensyn til studiers reliabilitet og validitet. Jeg velger å diskutere noen momenter som er aktuelle for denne studien.

En begrensning i studien er valg av kvalitativ metode som gjør at funnene ikke er direkte generaliserbare til andre kontekster og ansattpopulasjoner. Det kan imidlertid tenkes at funnene er relevante for å kunne forstå fenomener og gjøre seg antakelser i lignende arbeidsmiljø. Datanalysen viser sammenfall i informasjonen som er formidlet i intervjuene og

med eksisterende teorier og litteratur på temaet. Jeg kan utfra det anta at begrepene jeg har brukt er relevante for studien og at metoden er egnet.

En annen begrensning er rekruttering av informanter, hvor jeg valgte å gå gjennom ledere som fungerte som dørvoktere med hensyn til å gå videre med forespørsel til sine ansatte om deltagelse i studien. Det kan potensielt gi skjevheter i utvelgelsen av informanter som kan svekke studiens troverdighet. Det er uvisst om det er tilfeldig hvilke lederne som valgte å sende forespørsel til de ansatte om deltagelse i en studie om ledelse og til tross for stort arbeidspress. Dette kan for eksempel ha vært ledere som er opptatt av å gi de ansatte valg- eller utviklingsmuligheter. Jeg forsøker å redusere slik eventuell skjevhet gjennom å informere lederne om at jeg ikke er opptatt av hvordan behandlerne opplever sin nærmeste leder, men lederatferd generelt. Jeg har heller ikke kontroll på hvilke ansatte lederne valgte å spørre om deltagelse. De kan for eksempel ha valgt ansatte de samarbeider godt med og som er farget av det i intervjuene. Det er forøvrig ikke alle informantene som rapporterer at de opplever å ha en tilfredsstillende dialog med nærmeste leder. Informantene oppgir også at de samtykket til å delta i studien av eget ønske og motivasjon. Dette kan innebære at det er deltakere som spesielt ønsker å si noe om dette temaet og slik ikke er representative for behandlerpopulasjonen i BUP, men det er imidlertid heller ikke en målsetning for studien. Min kjennskap til en informant kan tenkes ha påvirket informantens svar. Svarene skilte seg derimot ikke spesifikt fra de andre informantenes, noe som kan tyde på at svarene er reliable.

En styrke i datamaterialet er at informantene jobber i andre sykehussystem enn det jeg selv har vært eller er ansatt i for å unngå slik bias i intervjuene.

Det er også en begrensning at jeg med hensyn til omfang av oppgaven valgte å begrense intervjuene til psykologer, psykologspesialister og kliniske sosionomer, for å kontrastere profesjonene og for å kunne jobbe med et materiale som ikke spriker for mye. Jeg lyktes heller ikke med å få intervjuet sosionomer uten klinisk spesialisering, slik først planlagt. Det er uvisst om funnene hadde vært de samme om jeg hadde intervjuet et høyere antall psykologer, psykologspesialister og kliniske sosionomer i BUP, og om jeg også hadde fått intervjuet sosionomer uten klinisk spesialisering eller flere menn. At jeg valgte å intervju kun to profesjoner i BUP, gjør at funnene har begrenset overføringsverdi til andre yrkesgrupper i BUP. Yrkesgrupper som leger og kliniske pedagoger, også vanlige i BUP kan tenkes å ha andre oppfatninger om for eksempel lederatferd og leders profesjon. Intervju med både andre profesjoner og ledere kan slik med fordel gjøres i senere studier.

Grunnet utfordringer med rekruttering som forklart med høyt arbeidspress på BUP, administrerte jeg de tre siste intervjuene i løpet av 30 minutter for at det kunne bli mer overkommelig for kliniske behandlere i en travel arbeidshverdag å samtykke til å delta. Det kan ha vært en svakhet i datainnhentingene med slik mindre tid til åpen refleksjon enn i de fire første intervjuene. Jeg var imidlertid mer øvet i å gjennomføre intervjuene mer fokusert.

Mine avgrensinger, det jeg trakk ut av dataene og det jeg gikk videre med kan ha vært farget av min egen erfaring og mine interesser eller teorier. Jeg har derimot forsøkt å kode de temaene som fremkom i ett bevisst forsøk på å være nøytral. I intervjuguiden gikk jeg også åpent ut for deretter å spørre om betydningen av ledelse ut fra det informantene aktualiserte.

## 6 Konklusjon

Med utgangspunkt i de tre forskningsspørsmålene vil jeg ut fra denne studien si at:

1. Lederatferd som oppleves fremmede for trivsel og motivasjon hos de kliniske behandlerne i BUP er mangefasettert både i direkte og indirekte forstand. Mest sentralt for behandlere er ledere som gir tillit, støtte, anerkjennelse, samt rom for innvirkning, utvikling, balanse i arbeidsoppgavene, mestring og meningsfullhet, i tillegg til å legge til rette for faglige og sosiale møtepunkter i arbeidshverdagen.
2. Behandlernes behov å kunne trives og kjenne seg motivert sammenfaller på tvers av profesjon, mens typen av behov synes å endres med økt erfaring.
3. En helserelatert profesjon og relevant erfaringsbakgrunn er av betydning for en leders forutsetninger for å tilstrekkelig kunne forstå den kliniske hverdagen, gi ønsket tillit til og være i dialektisk dialog med den enkelte behandler for å skape sammenheng og mening.

Betydningen av ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlerne i BUP er ut fra denne studien betraktelig. Ledelse fremstår som betydningsfullt både i den direkte kontakten med behandlerne og indirekte gjennom tilrettelegging for andre forhold som virker fremmede for trivsel og motivasjon. En ønsket ledelse har en balansert forståelse for faget, klinikken og systemet, er opptatt av behandlernes individuelle styrker, behov og interesser, samt bifaller viktigheten av ett godt kollegialt faglig og sosialt miljø. Dette er mange fasetter for en person å holde rede på. Det åpner imidlertid opp for et bredt register av trivsels- og motivasjonsfremmende faktorer som en leder kan spille på, og som vil kunne gi resultater både i form av uvurderlig drahjelp fra engasjerte og involverte behandlerne, samt sentrale faglige og sosiale bidrag fra et godt kollegialt fellesskap.

### 6.1 Avsluttende kommentar

Studien bidrar med innsikt om betydningen av ledelse for forhold som gir trivsel og motivasjon hos kliniske behandlerne i BUP. Jeg håper studien kan gi inspirasjon til:

- Antagelser for studier med større empiri eller kvantitativ metode
- Studier med andre profesjoner i BUP eller psykisk helsevern
- Interesse for perspektivet til de som skal ledes
- Fokus på kommunikasjon, relasjon og samarbeid i ledelse (De Paoli, 2023).

## 7 Referanser

- Arnulf, J. K. (2021). Hva er ledelse? (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Bang, H. & Midelfart, T.N., (2019). Effektive ledergupper (2. utg). Gyldendal Norsk Forlag.
- Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 42(2):125-127.
- Braun V. & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology, 3(2):77-101.
- De Paoli, D. (2021) Ledelse. Lederne som har klart seg best under korona. BI Business Review. Hentet fra: <https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2021/06/hvilke-ledere-har-klart-seg-best-under-korona/>
- Ekeland, T.J., Stefansen, J. & Steinsø, N.O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis. Hentet fra: <https://www.researchgate.net/publication/274383260>
- Feyer, F. (2023). Hva motiverer psykologene? Hvis ikke psykisk helsevern reduserer arbeidsbelastningen og gir autonomien tilbake til fagfolkene vil ikke kvalitetsmålene ha noen kvalitet å vise til. Tidsskrift for norsk psykologforening, 60(3):171-173.
- Haavik, M. & Toven, S (2020). Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette? Oslo: Universitetsforlaget.
- Harrison, D.A., Newman, A.D. & Roth, P. L. (2006). How Important are Job Attitudes? Meta-Analytic Comparison of Integrative Behavioral Outcomes and Time Sequences. Academy of Management Journal, 49(2):305-325.
- Herzberg, F. (1987). One More Time: How Do You Motivate Employees? Harvard Business Review.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kuper, A., Lindgard, L. & Levinson, W. (2008). Qualitative research: Critically appraising qualitative research. BMJ 2008;337:a1035.

Kuvaas, B. & Dysvik, A. (2010). Støttende ledelse. Hentet fra: <https://forskning.no/abc-i-naeringsliv-arbeid-handelshoyskolen-bi/stottende-ledere-gir-resultater/846737>

Kuvaas, B. & Dysvik, A. (2012). Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HRM (2. utg). Bergen. Fagbokforlaget

Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg). Oslo Universitetsforlag.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. Scandinavian Journal of Public Health.

Maslach C. & Jackson S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Manual. Consulting Psychologists Press; Palo Alto, CA, USA.

Mintzberg, H. (1979). The Structuring of Organizations. A Synthesis of The Research. NJ. Prentice Hall. Hentet fra: <https://www.nrc.gov/docs/ML0907/ML090710600.pdf>

Prilleltensky, I. (2005). Promoting well-being: Time for a paradigm shift in health and human services. Scandinavian Journal of Public Health 33(66):53-60.

Prilleltensky, I. (2020). Mattering at the Intersection of Psychology, Philosophy, and Politics. Am J Community Psychol 65:16-34.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. American Psychologist, 55(1):68-78.

Sam, M.S. (2013). Motivation. PsychologyDictionaryorg., april 07 2013. Hentet fra: <https://psychologydictionary.org/motivation/>

Snopestad, I.M.M. (2022). Det er flere veier til målet: Kjennetegn på gode ledere i helsevesenet. Masteroppgave i erfaringsbasert master i helseadministrasjon.

Spehar, I., (2021, 29, 09). Motivasjon og psykologiske behov. Ledelsespsykologi i Master i erfaringsbasert helseadministrasjon undervisning, Universitetet i Oslo



Spehar, I., Frich, J. & Kjekshus, L.E. (2014). Clinicians in management: a qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. BMC Health Service Research 2014, 14:251.

Stangenes, R.B. (2023). Hvordan har du det, nyutdannede psykolog? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 60(4):258-259.

Yukl, G. (2013). Leadership in Organizations Global Edition (8utg.). Chapter 8:188-220. Pearsons Education Limited

## **8 Vedlegg**

**8.1 Vedlegg 1 - Intervjuguide**

**8.2 Vedlegg 2 - Informasjonsskriv med samtykkeskjema**

**8.3 Vedlegg 3 - Koder**

**8.4 Vedlegg 4 - NSD godkjenning 1**

**8.5 Vedlegg 5 - NSD godkjenning 2**

# Vedlegg 1 - Intervjuguide

## Intervjuguide

### Personalia

Kjønn: K / M

Alder:

Profesjonsutdanning:

Antall år som kliniker i det psykiske helsevernet for barn og unge:

Klinisk spesialist: JA / NEI *Evnt spesialiseringsprogram:*

### Definisjoner;

**Jobbtrivsel;** *“job satisfaction”*; positive (eller negative) følelser knyttet til jobben din (Harrison et al., 2006)

**Jobbmotivasjon;** *“what moves people to act”* (Ryan & Deci, 2000) – eller *“to pursue work tasks or goals”* – *“the driving force which gives purpose or direction to behaviours”* (Sam, 2013)

*“intrinsic motivation”*; *“engaging in a task for the rewards inherent in the task”* (interesse, glede)

Å kjenne seg engasjert i en arbeidsoppgave fordi oppgaven oppleves belønnende i seg selv.

*“extrinsic motivation”*; *“engaging in a task for the rewards outside of the task”* (anerkjennelse, karakterer, lønn)

Å kjenne seg engasjert i en arbeidsoppgave på grunn av belønninger utenfor selve oppgaven.

### Generelt for jobbtrivsel og jobbmotivasjon

Hva tenker du generelt er viktig for at kliniske behandlere i BUP skal trives på jobb?

Hva tenker du generelt er viktig for at kliniske behandlere skal være motivert for sitt arbeid?

Tenker du at ledelse har noen (sentral) betydning for jobbtrivsel og jobbmotivasjon for kliniske behandlere i Bup?

*På hvilken måte? Kan du nevne noen generelt positive og negative aspekt ved ledelse?*

*Hvilke kvaliteter hos en leder har fremmende og hemmende effekt på trivsel og motivasjon?*

Har leders profesjonsbakgrunn og tidligere arbeidserfaring en betydning for klinikere i BUP?  
*Kan du utdype/ begrunne nærmere hvorfor/ hvorfor ikke det har noe å si?*

### Spesifikt for jobbtrivsel

Hva er viktig for at du skal trives i ditt arbeide ved BUP?

Hva opplever du som *spesielt* positivt for din jobbtrivsel i BUP?

Hva kan ha *spesielt* negativt innvirkning på din jobbtrivsel i BUP?

Har ledelse og/eller nærmeste leder ha noen (sentral) betydning for at du skal trives på jobb?  
*På hvilken måte? Har ledelse direkte eller indirekte påvirkning på jobbtrivsel?*

Hva vil du si du trenger på nåværende tidspunkt fra din leder ved BUP for å trives på jobb?

Kan ledelse påvirke din jobbtrivsel negativt?  
*På hvilken måte? Kan du beskrive/forklare litt nærmere?*

*For klinisk spesialist;*

Har dine behov for å skulle kunne trives på jobb endret seg på med økt arbeidserfaring?

### **Spesifikt for jobbmotivasjon**

Hva er viktig for at du skal kjenne deg motivert for dine arbeidsoppgaver ved BUP?  
*Fokus på både indre/intrinsic og ytre/extrinsic motivatorer.*

Hva virker *spesielt* positivt for din jobbmotivasjon i Bup?

Hva kan ha *spesielt* negativt innvirkning på din jobbmotivasjon i Bup?

Har ledelse og/eller nærmeste leder ha noen betydning for din jobbmotivasjon?  
*På hvilken måte? Direkte eller indirekte påvirkning på motivasjon?*

Hva vil du si du trenger nå fra din leder ved BUP for å kjenne deg motivert i ditt arbeid?

Kan ledelse påvirke din jobbmotivasjon negativt?  
*På hvilken måte? Kan du beskrive/forklare litt nærmere?*

Tenker du at det er ulike aspekt som påvirker jobbtrivsel og jobbmotivasjon?  
*Sammenfallende? Sammenheng mellom jobbtrivsel og jobbmotivasjon? Kausalitet/retning?*

*For klinisk spesialist;*

Tenker du at dine behov for å skulle kjenne deg motivert for dine arbeidsoppgaver endret seg med økt arbeidserfaring?

### **Avrundning**

Før vi runder av lurer jeg bare på om det er noe mer jeg burde spurt om?  
Er det noe du ikke har formidlet, som du ønsker å formidle?

## Vedlegg 2 – informasjonsskriv med samtykkeskjema

Vedlegg 2

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### «Betydningen av ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos behandlere i psykisk helsevern, poliklinikk for barn og unge»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på hva som oppleves viktig for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos behandlere i poliklinikk for barn og unge, og hvilken betydning ledelse kan ha for slik trivsel og mestring. I dette skrevet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Jeg er student ved det medisinske fakultet ved UIO hvor jeg gjennomfører et erfaringsbasert masterstudium i Helseadministrasjon ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

I masteroppgaven ønsker jeg å se på hva som oppleves viktig for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlere i det psykiske helsevernet for barn og unge (BUP). Jeg ønsker videre å se på om ledelse har noen betydning for slik trivsel og motivasjon.

Jeg ønsker å intervju ca 10 behandlere ved ulike BUPer i Østlandsområdet. Det vil være 2-3 psykologer, 2-3 psykologspesialister, 2-3 sosionomer og 2-3 kliniske sosionomer.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo, medisinsk fakultet, institutt for helse og samfunn, avdeling for helseledelse og helseøkonomi er ansvarlig for prosjektet. Veileder er professor Jan Frich.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har kontaktet ledere ved tilfeldig utvalgte BUPer i Østlandsområdet. Etter avtale med din leder har jeg fått lov til å kontakte deg som en av flere. Jeg ønsker å intervju behandlere med kliniske oppgaver, til sammen omtrent 10 personer.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å gjennomføre et intervju som vil ta deg ca 45 minutter. Intervjuet vil være semistrukturert med åpne spørsmål hvor det vil være mulig å gi utfyllende svar. Spørsmålene orienteres om hvilke aspekt i arbeidshverdagen ved BUP som oppleves viktige for jobbtrivsel og jobbmotivasjon, og om ledelse har noen betydning for dette.

Intervjuet vil bli tatt opp digitalt (diktafon) og deretter transkribert og anonymisert. Det vil ikke være mulig å koble informasjon til informantene etter transkripsjon.

Primær kilde til informasjon vil komme fra behandlere i BUP, men jeg gjør også tekstanalyse av sentrale dokumenter på feltet.

#### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

#### Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene fra deg til formålene redegjør for i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De digitale lydfile vil kun være tilgjengelig for meg, Veronica Rogne Ronnberg. Lydfilen transkriberes etter intervjuet og slettes deretter. Anonymt transkribert materiale oppbevares på ett privat område og deles kun med veileder professor Jan Frich.
- I publikasjonen av rapporten vil det ikke være mulig å knytte opplysninger til enkeltpersoner eller behandlingssted.

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 04.05.2023 og senest 30.06.2023.

Transkribert materiale vil da også bli slettet.

**Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Medisinske fakultet, institutt for helse og samfunn ved Universitet i Oslo har Personvernetjenester (NSD – Norsk senter for forskningsdata AS) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

**Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg som er feil eller misvisende,
- få slettet personopplysninger om deg,
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

**Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn ved professor Jan Frich.  
[Jan.Frich@medisin.uio.no](mailto:Jan.Frich@medisin.uio.no) eller telefon 48 05 78 13
- Student Veronica Rogne Ronnberg [v.b.r.ronnberg@studmed.uio.no](mailto:v.b.r.ronnberg@studmed.uio.no) eller mobil 91 73 88 25
- Vårt personvernombud: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
Professor Jan Frich  
(Forsker/veileder)

Masterstudent  
Veronica Rogne Ronnberg  
(Student)

---

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Betydning av ledelse for trivsel og mestring i BUP» og fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i semistrukturert intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 - KODER

### KODER

1. Meningsfullhet
2. Kollegialitet
3. Tillit
4. Anerkjennelse
5. Påvirkning / kontroll på egen arbeidshverdag / mestring
6. Arbeidsbelastning
7. Personlig og faglig utvikling
  
8. Lederatferd
9. Behandlers behov som nyutdannet versus erfaren spesialist
10. Leders profesjonsbakgrunn og kliniske erfaring



# Vedlegg 4 – godkjenning NSD 1



Vedlegg 4

[Meldeskjema](#) / [Betydningen av ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

148462

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

07.04.2022

**Prosjekttittel**

Betydningen av ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlere i psykisk helsevern, poliklinikk for barn og unge.

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

**Prosjektansvarlig**

Jan Frich

**Student**

Veronica Beate Rogne Rønneberg

**Prosjektperiode**

04.05.2022 - 31.10.2022

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.10.2022.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar****OM VURDERINGEN**

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VÅRIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**PERSONVERNPRINSIPPER**

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

# Vedlegg 5 – godkjenning NSD 2

[Meldeskjema](#) / [Betydningen av ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

148462

**Vurderingstype**

Automatisk 

**Dato**

19.12.2022

**Prosjekttittel**

Betydningen av ledelse for jobbtrivsel og jobbmotivasjon hos kliniske behandlere i psykisk helsevern, poliklinikk for barn og unge.

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

**Prosjektansvarlig**

Jan Frich

**Student**

Veronica Beate Rogne Rønneberg

**Prosjektperiode**

04.05.2022 - 30.06.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#) 

---

**Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernuleppe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet

- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskilt](#).

**Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.