

Helselederen som motivator

*En kvalitativ studie av helselederes syn på motivering
av ansatte*

Ulrikke Fredriksen Ullestad

Veileder: Helge Skirbekk



UNIVERSITETET I OSLO

Det Medisinske Fakultet

Avdeling for Helseledelse og Helseøkonomi

Masteroppgave som en del av studieprogrammet Health Economics,
Policy and Management

November 2018

Helselederen som motivator

*En kvalitativ studie av helselederes syn på motivering av
ansatte*

Ulrikke Fredriksen Ullestad

© Ulrikke Fredriksen Ullestad

2018

Helselederen som motivator

Ulrikke Fredriksen Ullestad

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel: Helselederen som motivator. En kvalitativ studie av helselederes syn på motivering av ansatte.

Bakgrunn: I 2001 ble vedtaket om enhetlig ledelse iverksatt i det norske helsevesenet. Dette førte til at andre profesjoner enn leger kunne søke på lederstillinger i helsevesenet.

Utgangspunktet for denne studien var derfor å undersøke om det finnes forskjeller i hvordan ledelse utføres mellom de forskjellige profesjonene i helsevesenet, og da spesielt med fokus på hvordan de motiverer sine ansatte.

Problemstilling: Studien ble begrenset til å sammenligne motivasjonsstrategi mellom økonomer og klinikere. Problemstillingen var: *Ledere i helsevesenet har mange ulike bakgrunner. Er det forskjell i motivasjonsstrategi mellom ledere med økonomisk utdannelse, og ledere med klinisk utdannelse?*

Metode: Studien ble basert på kvalitativ metode, med bruk av semistrukturerte dybdeintervjuer. Totalt ble elleve helseledere intervjuet; fem økonomer og seks klinikere. Analysen av intervjuene ble basert på Flicks tematiske koding.

Resultat: Studien viste at det er noen forskjeller mellom økonomer og klinikere i hvordan de er som ledere. Økonomene viste større grad av ydmykhet rundt egen kunnskap enn klinikere, og klinikere viste en tydelig dedikasjon til faget sitt. Med hensyn til motivering av ansatte var det mange likheter mellom klinikere og økonomer. Det var tydelig at begge gruppene la vekt på viktigheten av indre motivasjon, og tilpassing av motivasjon til hver enkelt ansatt.

Abstract

Title: The health care leader as a motivator. A qualitative study of health care leaders' motivation strategy.

Background: Since 2001 other professions than doctors have been able to apply for leadership positions within Norwegian health care sector. The aim of this study was to examine if there is a difference in how the different professions lead, with a main focus on the leaders' motivation strategies.

Research question: The study aimed to look at differences in motivation strategies between economists and clinicians. The research question was the following: *Leaders in health care have many different backgrounds. Is there a difference in motivation strategy between leaders with an economic background, and leaders with a clinical background?*

Methods: The method chosen was a qualitative study, based on semi-structured in-depth interviews. Eleven health care leaders were interviewed; five economists and six clinicians. The interviews were analysed using Flick's thematic coding.

Results: The study showed a few differences in how economists and clinicians approach leadership. The economists seemed to be more aware of their limitations as leaders than the clinicians were, and the clinicians showed great dedication to their profession. Concerning motivation of their staff there were many similarities between the clinicians and economists. Both groups emphasised the importance of intrinsic motivation, and to personalise their motivation strategy to each individual employee.

Forord

Å skrive masteroppgave var noe jeg begynte å grue meg til allerede da jeg begynte på studiet *Health Economics, Policy and Management* for to år siden, og det viste seg å bli noe av det vanskeligste jeg har gjort i løpet av mine 25 år. Det har likevel vært en lærerik prosess, og jeg har utviklet meg mye både faglig og personlig.

Temaet for oppgaven ble valgt fordi jeg gjennom mine fem år som student innen helseledelse og helseøkonomi har hørt fra flere forelesere, og lest i mange bøker og artikler, at forholdet mellom økonomer og klinikere i helsevesenet kan være meget turbulent. Jeg har også blitt fortalt av en lege at *sånne som meg* blir sett på som djevelen av leger. Jeg visste derfor tidlig at jeg ville undersøke noe relatert til dette.

Denne oppgaven hadde ikke blitt til uten hjelp og støtte fra andre. Først og fremst vil jeg takke veilederen min Helge Skirbekk for all uvurderlig hjelp. Takk for at du alltid har vært tilgjengelig på mail mens jeg har befunnet meg i Bergen og Texas, og du i Oslo. Og takk for at du ville være veilederen min litt lengre enn først planlagt. Deretter vil jeg takke Ole Berg for god hjelp til å finne ut hvordan jeg skulle innsnevre tema, og for gode artikler og kommentarer. Jeg må også takke alle jeg har intervjuet for at dere stilte opp, og takk for hjelp til å finne andre informanter. Siv Heldal og Erik Vigander i Helse Bergen fortjener også takk for deres hjelp til å finne informanter.

Til slutt vil jeg takke venner og familie. Uten dere hadde jeg ikke kommet meg gjennom denne prosessen. Tusen takk til mamma, pappa, som er noen tidssoner unna, og lillesøster Johanne, for at dere alltid er tilgjengelig på telefon. Tusen takk til besteforeldrene mine for ukentlige middager og for at det alltid er åpent hos dere. Tusen takk til vennene mine for all støtte og hjelp.

November, 2018

Ulrikke Fredriksen Ullestad

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	14
1.1	Motivasjon bak oppgaven.....	14
1.2	Motivasjonsteori	17
1.2.1	Hva er motivasjon?.....	17
1.2.2	Hvorfor er motivasjon viktig?.....	17
1.2.3	Indre og ytre motivasjon	18
1.2.4	Maslows behovspyramide	19
1.2.5	Herzbergs tofaktorteori	21
1.2.6	Transaksjonsledelse eller transformasjonsledelse?.....	22
1.3	Problemstillingen	23
2	Metode	25
2.1	Valg av metode.....	25
2.2	Semistrukturert dybdeintervju.....	26
2.3	Intervjuguide	27
2.4	Utvalgsprosess	27
2.5	Gjennomføring av intervjuer	28
2.6	Analyse.....	30
2.7	Etikk.....	30
2.8	Svakheter	31
3	Resultat	33
3.1	Hovedfunn	33
3.2	Klinikere	33
3.2.1	Beskrivelse av egen lederstil.....	33
3.2.2	Personlige motivasjonsfaktorer	34
3.2.3	Hva motiverer de du leder?	36
3.2.4	Hvordan motiverer du som leder?	37
3.2.5	Kunnskap om motivasjonsteori.....	38
3.3	Økonomer	39
3.3.1	Beskrivelse av egen lederstil.....	39
3.3.2	Personlige motivasjonsfaktorer	41

3.3.3	Hva motiverer de du leder?	42
3.3.4	Hvordan motiverer du som leder?	43
3.3.5	Kunnskap om motivasjonsteori.....	44
3.4	Sammenligning av svar på hovedspørsmål.....	45
3.4.1	Beskrivelse av egen lederstil.....	45
3.4.2	Personlige motivasjonsfaktorer	45
3.4.3	Hva motiverer de du leder?	46
3.4.4	Hvordan motiverer du som leder?	46
3.4.5	Kunnskap om motivasjonsteori.....	47
3.5	Kjønnsforskjeller	47
3.5.1	Beskrivelse av egen lederstil.....	47
3.5.2	Personlige motivasjonsfaktorer	47
3.5.3	Hva motiverer de du leder?	48
3.5.4	Hvordan motiverer du som leder?	49
3.5.5	Kunnskap om motivasjonsteori.....	49
3.5.6	Oppsummering av kjønnsforskjeller	50
4	Diskusjon.....	51
4.1	Hovedfunn	51
4.2	Kjønnsforskjeller	54
5	Konklusjon.....	55
	Litteraturliste.....	56
	Vedlegg / Appendiks.....	60
	Intervjuguide	60
	Samtykkeskjema	61
	Godkjenning fra NSD.....	63

1 Bakgrunn

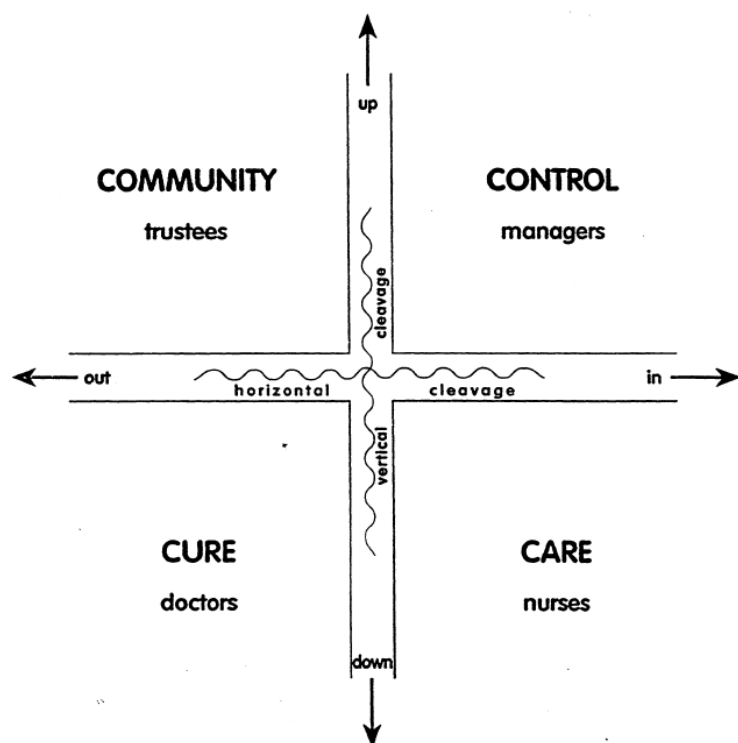
1.1 Motivasjon bak oppgaven

I løpet av mine fem år som student innen helseledelse og helseøkonomi har jeg lest og lært mye om ledelse og motivasjonsteori. Derfor tror jeg at jeg vet hvordan jeg ville vært som leder og hvordan jeg ville motivert mine ansatte dersom jeg får en jobb innen ledelse. Jeg har en idé rundt hvilken lederstil og hvilke motivasjonsfaktorer jeg ville brukt, men, vil det jeg har lært, og de teoriene jeg heller mot, fungere i praksis? Og ikke minst, vil min utdannelse innen helseledelse påvirke hvordan jeg er som leder, sammenlignet med ledere med andre utdannelser?

Historisk sett har leger dominert ledelsen ved norske sykehus. Ole Berg (1996) har for eksempel brukt begrepet «medikrati», eller legestyre, i sin beskrivelse av hvordan sektoren tidligere ble styrt, da legene stort sett styrte sykehusene selv, og organisasjonen skulle tilpasses deres behov. Frem til 1970-tallet ble sykehusene styrt lokalt, med lav grad av politisk innblanding, og legene hadde stor påvirkningskraft. Fra rundt midten av 1970-tallet ble legenes posisjon i ledelsen gradvis svekket i sammenheng med nye reformer, og i 1999 vedtok Stortinget at andre profesjoner skulle kunne søke på lederstillinger på alle nivåer i helsevesenet på lik linje med leger. Etter iverksettelsen av vedtaket, kalt enhetlig ledelse, i 2001, har andelen ledere med bakgrunn innen sykepleie eller andre utdannelser derfor steget (Spehar og Kjekshus, 2012).

Motivasjonen bak denne masteroppgaven er derfor knyttet til forholdet, og forskjellene, mellom profesjonene i helsevesenet. Er det forskjeller mellom hvordan de forskjellige profesjonene utøver ledelse? En gjenganger i undervisningen jeg har gjennomgått er utfordringene knyttet til ledelsen av sykehus, og forholdet mellom helsepersonell og ledere. Glouberman og Mintzberg (2001) prøver å forklare hvorfor ledelse på sykehus er vanskelig ved å dele helsevesenet inn i fire verdener; fire forskjellige tankesett, aktiviteter, og måter å organisere på. Dette skillet gjøres fordi ledelsen utøves forskjellig mellom de fire verdene, noen utøver ledelsen ned i organisasjonen, med fokus på behandling, mens noen utøver ledelsen opp, mot dem som finansierer og legger føringer. Samtidig utøves noe ledelse innover, der kontroll på organisasjonen og dens enheter står sterkt, mens noen utøver ledelsen

utover, der organisasjonens hierarki står svakt. Sette man sammen disse forskjellene i utøvelse av ledelse får man denne figuren:



(Figur 1: Glouberman og Mintzberg, 2001)

Disse fire verdene kaller Glouberman og Mintzberg på engelsk *community*, *control*, *cure* og *care*, kan oversettes til *samfunn*, *kontroll*, *behandling* og *pleie*. *Samfunn* består av sykehusets styre og styremedlemmer, som leder ut og opp fordi de ikke er involvert i ledelsen fra dag til dag, men sitter på utsiden av organisasjonen og fungerer som rådgivere. *Kontroll* består av sykehusets ledelse og administrasjon, som leder inn i organisasjonen fordi de er ansvarlig for alt som foregår, og samtidig leder oppover fordi de ikke er involvert i behandlingen av pasienter, og forholder seg til føringer ovenfra. *Behandling* er legene ansatt ved sykehuset. De leder nedover fordi de behandler pasienter, og utover fordi de ofte er mer lojale mot profesjonen sin enn organisasjonen. *Pleie* er sykehusets sykepleiere og andre omsorgsarbeidere, de leder nedover slik legene gjør, og innover i organisasjonen fordi de er sterkere knyttet til administrasjonen.

Denne fragmenteringen av et sykehus er en av røttene til helsevesenets ledelsesutfordringer, ifølge Glouberman og Mintzberg (2001), og det kan være vanskelig å få disse fire forskjellige

tankesettene til å enes. Mintzberg (1983) forklarer ledelsesutfordringene også i sin tekst om det profesjonelle byråkratiet, der han tar for seg forholdet mellom helsepersonell og administrasjon ved kunnskapsorganisasjoner som for eksempel sykehus. Et sykehus kan kalles et profesjonelt byråkrati fordi det kjennetegnes av standardisering av kunnskap, der denne standardiseringen fungerer som koordineringsmekanisme i organisasjonen. Dette vil si at helsepersonellet ved sykehuset stort sett vet hva de skal gjøre i enhver situasjon og koordinerer arbeidet sitt med annet helsepersonell basert på at de har den samme kunnskapen. De trenger derfor ikke bruke mye tid på å bli enige om og planlegge hva som skal gjøres. Dette fører også til at de ikke har behov for en leder som forteller dem hva de skal gjøre, og ledelsen ved sykehuset kan i noen situasjoner bli sett på som en støttefunksjon som skal legge til rette for at helsepersonellet får gjort jobben sin. Mintzberg (1983) forteller blant annet om ansatte i profesjonelle byråkratier som beskriver organisasjonen som en omvendt pyramide, der de profesjonelle er på topp og administrasjonen på bunn – kun der for å tjene de profesjonelle.

At et sykehus koordineres gjennom standardisering av kunnskap bygger på at det helsepersonell lærer i utdanningen sin er universelt – man lærer tilnærmet det samme ved alle medisintutdannelse. Dette kan være utfordrende for administrasjonen og ledelsen ved sykehuset fordi det ikke er de som kontrollerer denne standardiseringen av kunnskap, noe som gjør det vanskelig å kontrollere det helsepersonellet gjør. Helsepersonellet får derfor mye makt i organisasjonen, og man kan si at autoriteten i det profesjonelle byråkratiet bygger på det Mintzberg (1983) kaller «the power of expertise».

At helsepersonell har mye makt kan også føre til at de ikke er lojale mot organisasjonen de jobber i. Mintzberg (1983) mener dette er fordi eksperter, som for eksempel leger, som nevnt tidligere, ikke har behov for en sterk leder; de er autonome, og ser på organisasjonen de jobber i som en støttefunksjon. De er også høyt ettertraktet, og vil derfor som oftest ikke ha problemer med å finne arbeid et annet sted. Man kan derfor si at de er lojale mot profesjonen sin, og ikke organisasjonen sin. Dette sammenfaller med Glouberman og Mintzbergs (2001) beskrivelse av legene i de fire verdenene i et sykehus, der de oppsummerer det ved at legene jobber *på* sykehuset, men ikke *for* sykehuset.

De to artiklene nevnt ovenfor kan altså oppsummeres med at ledelse i helsevesenet er vanskelig fordi det består av mange forskjellige profesjoner med forskjellige verdier og

tankesett. Alle disse profesjonene kan likevel søke på de samme lederstillingene på et sykehus; hvordan fungerer det i praksis? Kan det tenkes at sykepleiere og leger som går over i lederstillinger utøver ledelse annerledes enn ledere som ikke har jobbet på lavere nivå i organisasjonen? For å snevre inn omfanget av denne masteroppgaven har jeg valgt å fokusere på ledernes syn på motivasjon av ansatte. Vil det være forskjell i syn på motivasjon mellom profesjonene?

1.2 Motivasjonsteori

Her vil jeg gå igjennom grunnleggende motivasjonsteorier som jeg vil bruke videre i min forskning, før jeg presenterer problemstillingen min.

1.2.1 Hva er motivasjon?

Motivasjon kan forklares på flere måter. Store Norske Leksikon (Teigen, 2016) definerer det som faktorer som styrer menneskers adferd, mens Porter (1987) kaller det en tilstand der man føler, eller tenker, at man har lyst til å utføre en handling. Ved å blande disse to kan vi si at motivasjon er en tilstand der man ønsker å utføre en handling eller oppnå noe, og at denne tilstanden kan settes i gang av forskjellige faktorer. Hva disse faktorene er, og hvordan man kategoriserer dem, er det mange som har forsøkt å forklare. Noen av de mest brukte og populære teoriene rundt motivasjon vil bli brukt i denne oppgaven og forklart nedenfor.

1.2.2 Hvorfor er motivasjon viktig?

Motivasjon er en viktig del av ledelse, da forskning blant annet viser at tiltak for å øke motivasjon hos ansatte kan gi en positiv effekt på bedrifters måloppnåelse og resultat (Huselid, 1995) og på ansattes prestasjoner (Frixou og Charalambous, 2016). Dette har fått voksende oppmerksomhet, da arbeidstakere på begynnelsen av 1900-tallet ble sett på som en kostbar nødvendighet, blant annet inspirert av Fredric W. Taylors *Scientific Management* (Strand, 2007), mens de nå blir sett på som en viktig ressurs som kan gi store konkurransefordeler (Frixou og Charalambous, 2016). I helsesektoren kan motivasjon av ansatte være vanskelig, fordi en leder kan få ansvar for mange forskjellige profesjoner (D'Aunno og Gilmartin, 2012), men det er viktig fordi det kan påvirke kvaliteten på behandlingen av pasienter (Morrisey, 2004).

1.2.3 Indre og ytre motivasjon

Shanks (2007) beskriver motivasjon ved at man gir et menneske et motiv for å utføre en handling. Dette motivet kan for eksempel være at man får en premie, eller oppnår et ønsket utfall. Videre forklarer hun hvordan man kan dele disse inn i indre og ytre premier, også kalt motivasjonsfaktorer. Årsaken til at man deler det inn slik er fordi den indre motivasjonen kommer innenfra en selv, mens ytre motivasjon kommer fra eksterne faktorer. Ryan og Deci (2000a) forklarer det ved at man er motivert innenfra hvis man gjør noe fordi man synes det er interessant eller fornøytelig, mens ytre motivasjon referer til at man gjør noe fordi det fører til et ønsket utfall.

Ryan og Deci (2000a) utdyper at indre motivasjon driver mennesker til å gjøre noe fordi man synes det er gøy eller fordi man blir utfordret og kan utvikle seg. Man utfører handlingen fordi det føles godt å utfordre, og bruke, den kompetansen man har. Dette ser man hos mennesket fra vi er barn, at vi er nysgjerrige, lekne, og liker å utforske og lære. Indre motivasjon kan derfor sies å være aktiviteter som appellerer til våre psykiske behov, enten ved at man utfører en handling fordi det er interessant, eller fordi den fører til personlig vekst. For å oppnå et høyt nivå av indre motivasjon forklarer Ryan og Deci (2000a) videre at vårt behov for autonomi, og å føle oss kompetent, må være oppfylt, og at anerkjennelse og positiv tilbakemelding er viktig. Hvis behovet for autonomi blir overkjørt av kontrollerende omgivelser, eller man får negative tilbakemeldinger, vil dette ha en negativ innvirkning på den indre motivasjonen (Ryan og Deci, 2000b).

Den indre motivasjonen kan sies å være subjektiv, fordi den appellerer til våre indre, psykiske behov. Ryan og Deci (2000a) understreker for eksempel at indre motivasjon kun vil oppstå dersom aktiviteten appellerer til individets indre interesser. Manion (2005) har likevel delt den inn i fem kategorier på arbeidsplassen; gode relasjoner, meningsfullt arbeid, kompetansebygging, deltagelse i beslutningstaking, og personlig utvikling. Disse omhandler det å ha et godt forhold til sine medarbeidere, å føle at jobben man gjør er viktig og at man gjør en forskjell, å kunne utvikle kunnskapen sin, føle at man blir hørt og har en viktig stemme i organisasjonen, og at man gjør fremgang og når målene man har satt.

Den ytre motivasjonen derimot, er ikke noe som appellerer til psykiske, indre behov, men til vårt ønske om å oppnå, eller få, noe. Shanks (2007) forklarer det ved at ytre

motivasjonsfaktorer er premier som blir gitt oss fra en annen person, mens Ryan og Deci (2000a) mener at man er ytre motivert når man gjør noe for å oppnå et ønsket utfall uten at man finner gjøremålet interessant. Ytre motivasjonsfaktorer kan derfor for eksempel være penger, i form av lønn, bonus, forfremmelse, status, og goder som for eksempel ferie, fleksitid, mer ansvar, osv. Eller, man kan ta utgangspunkt Skinners (1957) teori om operant betinging. Denne teorien går ut på at man kan forsterke og frembringe ønsket adferd hos folk ved å premiere dem hver gang de utøver denne adferden, og den omhandler også straff ved uønsket adferd. Han beskriver hvordan man kan bli kvitt uønsket adferd ved å unndra premier eller ved å gi straff.

1.2.4 Maslows behovspyramide

Maslow blir sett på som en av de viktigste grunnleggerne av humanistisk psykologi, og hans behovspyramide er en av de mest populære og brukte av behovsteoriene (Teigen, 2017). Den er også mye brukt innen ledelseslitteratur, og er en av de teoriene som oftest nevnes innen motivasjon og ledelse. Teorien er derfor noe mange har et forhold til innen forskjellige yrker og utdannelser. På grunn av dens popularitet og utbredelse vil den derfor bli lagt stor vekt på i denne oppgaven. Hvilken gruppe har mest kunnskap om Maslow? Vil gruppene legge vekt på forskjellige trinn i pyramiden? Er økonomene mer opptatt av lønn og klinikerne mer opptatt av selvrealisering?

Teorien har fått navnet behovspyramiden fordi Maslow (1943) mener at de lavere og mest grunnleggende av våre behov må være tilfredsstillt før man får behov for de høyere trinnene. Pyramiden består av fem trinn;

Fysiologiske behov

De fysiologiske behovene er menneskets mest grunnleggende behov, de vi må opprettholde for å holde kroppen i homeostase – at kroppen er i likevekt. Dette er behov som nok mat, søvn og væskebalanse. Maslow kaller dette det mest grunnleggende og fremtredende behovet hos oss mennesker, fordi det er dette vi først vil ønske å tilfredsstille hvis ingen av våre behov er møtt. Å ha nok mat og vann vil for eksempel være det aller viktigste for en hjemløs person. Andre behov blir skjøvet til siden til de fysiologiske behovene er møtt. Mange har nok for eksempel merket seg hvordan det er vanskelig å tenke på noe annet hvis man er skikkelig sulten. Da tenker man ikke på mer trivielle ting som de nye, kule skoene man

ønsker seg, eller på interessante hendelser i verdenshistorien. Livet blir definert av ønsket om mat. Men hva skjer når de fysiologiske behovene er møtt? Da oppstår det andre behov man ikke har tenkt på før, og de fysiologiske behovene blir ikke lenger en kilde til motivasjon. Derfor deler Maslow behovene inn i en pyramide, for vi styres ikke av det vi allerede har oppnådd, vi styres av uoppnådde mål. Oppfyllelse av de fysiologiske behovene fører til nye behov.

Behov for trygghet

Når de fysiologiske behovene er møtt er det behovet for trygghet som opptar et menneske. Dette vil si trygghet, eller sikkerhet, i form av et sted å bo, eller bare en følelse av orden og stabilitet i livet. For de fleste i den vestlige verden understreker Maslow at dette trygghetsbehovet vil handle mest om det å ha en fast jobb, ha alle forsikringer i orden, en ok pensjon, og kanskje eie sin egen bolig eller ha litt sparepenger i banken. For noen kan også religion spille en rolle her, at man søker svar på meningen med livet, og får svar og trygghet ved å tro på en gud.

Behovet for kjærlighet

Det neste trinnet i pyramiden er behovet for kjærlighet. Når man har en følelse av trygghet og stabilitet er det vår søken etter kjærlighet, eller et sosialt liv, som opptar oss. Mennesker har et behov for å føle nærhet til andre mennesker, å føle at man hører til et sted, og at man blir akseptert av de rundt seg. Man vil oppleve vennskap, og bli sett og satt pris på, og kanskje gifte seg og få barn. Maslow understreker også at man ikke må blande behovet for sex med behovet for kjærlighet. Han kaller sex et fysiologisk behov, som ikke i seg selv vil være nok til å oppfylle dette trinnet på pyramiden. Kjærlighet og vennskap er psykiske behov, som et utelukkende seksuelt forhold ikke kan fylle.

Behovet for selvtillit

Etter at man har fått tilfredsstilt sine behov for kjærlighet og vennskap, går behovene våre over til å bli mer personlige. Vi får et behov for å ha tro på oss selv, og en følelse av at andre også har tro på deg. Vi har et behov for frihet, uavhengighet, selvtillit og å få til ting. Å bli sett av andre blir også viktig; vi får et behov for anerkjennelse og respekt fra andre, en følelse av prestisje, et godt rykte, oppmerksomhet, at man er viktig, og at man blir satt pris på. Oppfyllelse av disse behovene gir en følelse av at man er verdt noe, at man er kapabel, nyttig, og betyr noe for samfunnet. Hvis man ikke klarer å oppfylle disse behovene kan det føre til

en følelse av håpløshet og svakhet, men er de oppfylt fører de til det øverste trinnet i behovspyramiden.

Behovet for selvrealisering

De fleste vil bli rastløse hvis alle behovene nedenfor i pyramiden er møtt. Vi kan da utvikle et behov for å drive med noe som føles viktig, noe vi føler vi er ment til å gjøre og som vil gjøre oss lykkelige. Altså et behov for selvrealisering – et behov for å utnytte og nå sitt fulle potensiale. Når man når dette trinnet i pyramiden klarer man å utnytte sin kreativitet fullt ut, slik at en som er interessert i musikk vil bruke så mye tid som mulig til å spille eller skrive musikk, og en idrettsutøver vil prøve å slå sin egen personlige rekord eller bli best i verden. Innen arbeidslivet kan denne selvrealiseringen bestå i å oppnå personlig vekst og autonomi på arbeidsplassen, og å få rom til å vokse og utfolde seg.

1.2.5 Herzbergs tofaktorteori

På mange måter kan man si at Herzbergs og Malsows motivasjonsteorier går hånd i hånd. Forskjellen er at Herzberg (1987) deler motivasjonsfaktorene inn i to kategorier i stedet for fem, og at teorien hans er utviklet spesielt med tanke på arbeidslivet. Herzbergs to kategorier er motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer. Motivasjonsfaktorene appellerer til vår indre motivasjon, og består av blant annet måloppnåelse, anerkjennelse for måloppnåelsen, interessant arbeid, ansvar, og personlig utvikling. Hygienefaktorene derimot består av ytre motivasjonsfaktorer som arbeidsplassens regler, tilsyn fra ledelsen, forholdet til kolleger, lønn, status og sikkerhet. Vi kan derfor si at motivasjonsfaktorene inneholder de to øverste trinnene på Malsows behovspyramide, mens hygienefaktorene inneholder de tre nederste trinnene.

Maslow nevner i sin artikkel fra 1943 at når man har oppnådd et trinn i pyramiden vil ikke lenger behovene på dette trinnet være en kilde til motivasjon, og dette tar Herzberg også for seg i sin teori. I sin forskning fant Herzberg ut at det er noen faktorer som skaper trivsel og som fungerer som motivasjon, mens det er andre faktorer – og ikke mangelen på de som skaper trivsel – som skaper mistrivsel. Han understreker videre at trivsel og mistrivsel på jobb derfor ikke er gjensidig utelukkende, at de ikke er motsetninger av hverandre. Det motsatte av trivsel på jobb er *ingen* trivsel, og det motsatte av mistrivsel er *ingen* mistrivsel. Derfor valgte han de to kategoriene motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer.

Motivasjonsfaktorene er de som skaper trivsel på jobb, og derfor virker som motivasjon. Hygienefaktorene derimot, mener Herzberg ikke fungerer som motivasjon, men de skaper mistrivsel hvis de ikke er oppfylt. Er hygienefaktorene oppfylt vil dette altså forhindre mistrivsel på arbeidsplassen, men for å få motiverte ansatte må man fokusere på motivasjonsfaktorene.

1.2.6 Transaksjonsledelse eller transformasjonsledelse?

Teoriene om transaksjonell og transformasjonell ledelse handler om mer enn motivasjon, men tas med i denne oppgaven da måten man motiverer ansatte på er veldig forskjellig innen de to retningene.

Transformasjonsledelse

Transformasjonsledelse er en menneskeorientert ledelsesstil, og en av de mest populære stilene per i dag, ifølge Kendrick (2011). Den går ut på å endre ansattes verdier, holdninger og adferd slik at de samsvarer med organisasjonens målsetninger. Den kan også innbefatte endringer i organisasjonen som helhet. Denne ledelsesstilen har vist seg å gi positive effekter på organisasjoners måloppnåelse og resultat, og kjennetegnes av fire faktorer (Kendrick, 2011):

- Idealisert innflytelse
Dette punktet handler om tillit og moral. Lederen må være et moralsk forbilde for sine ansatte, og på denne måten skape et godt forhold til dem. Ved å være et godt forbilde gir det rom for tillit hos dem man er leder for.
- Inspirerende motivasjon
Lederen må hjelpe sine ansatte med å finne et felles mål og en visjon, og guide dem frem til hva som er det beste å gjøre. Ved å finne felles mål og visjon får de ansatte eierskap til det som gjøres, og blir derfor sterkere motivert.
- Å stimulere intellektet
Lederen kan stimulere sine ansattes intellekt ved å oppfordre dem til å stille kritiske spørsmål og tenke selv. Videre kan man gi dem frihet og mulighet til å finne ut av ting på egenhånd, la dem være kreative og finne nye løsninger.
- Å ta hensyn til individet

Det siste punktet handler om at lederen må ta seg tid til å se hver enkelt ansatt, og få dem til å føle seg som en viktig del av organisasjonen. Dette gjøres for eksempel gjennom tilbakemeldinger, veiledning, samtaler og oppmerksomhet, og ved å gi dem mulighet til personlig vekst og utvikling.

Transaksjonsledelse

Transaksjonsledelse kjennetegnes av et mer upersonlig forhold mellom leder og ansatte. Rollene er klart definert, og de ansatte fungerer som følgere – de følger etter lederen. Forholdet mellom dem kan også kalles en forhandlingsprosess, der man kommuniserer gjennom økonomiske, politiske og psykologiske insentiver. Lederen motiverer gjennom å premiere dem som når forhåndsbestemte mål og oppnår resultater. Regler er viktig, og lederen bruker for eksempel virkemidler fra Skinners (1957) operante betingning – både premiering og straff. Utvikling og vekst på både det personlige plan og for organisasjonen som helhet er ikke noe som blir lagt vekt på. Det er den daglige driften som er i sentrum (You-De *et al.*, 2013).

1.3 Problemstillingen

I min masteroppgave vil jeg se på hvordan motivasjonsledelse fungerer i praksis, og jeg vil sammenligne lederstil mellom ledere i helsevesenet. Hvordan motiverer helseledere sine ansatte? Hvilke motivasjonsfaktorer og –stiler bruker de? Hvilke metoder synes de virker best? Har de kunnskap om motivasjonsteori? Appellerer de for eksempel til de høyere eller lavere trinnene i Maslows (1943) behovspyramide? Fokuserer de kun på Herzbergs (1987) hygienefaktorer eller inkluderer de også motivasjonsfaktorene hans? Er lederstilen deres transaksjonell eller transformasjonell? Appellerer de til folks indre eller ytre motivasjon? Er motivasjon i det hele tatt noe de tenker på?

Det jeg likevel lurer mest på, er om ledernes utdanning påvirker deres tanker rundt motivasjon og hvordan de motiverer sine ansatte. Vil svarene på spørsmålene over variere mellom ledere med forskjellig utdanning? Jeg vil bruke spørsmålene over til å kartlegge lederes motivasjonsstrategi og med svarene jeg får prøve å svare på problemstillingen som er som følger:

- *Ledere i helsevesenet har mange ulike bakgrunner. Er det forskjell i motivasjonsstrategi mellom ledere med økonomisk utdanning, og ledere med klinisk utdanning?*

Formålet med denne studien er derfor å undersøke om utdanning spiller en rolle i formingen av en leder. Vil det være en forskjell i motivasjonsstrategi mellom de to gruppene, eller vil eventuelle forskjeller være basert på noe annet? Derfor følger noen underproblemstillinger:

- *Er det forskjell på personlige motivasjonsfaktorer mellom økonomer og klinikere?*
- *Motiverer økonomer og klinikere sine ansatte på forskjellig vis?*
- *Hvordan er kunnskapen om motivasjonsteorier hos økonomer og klinikere?*
- *Vil eventuelle forskjeller innen motivasjonsstrategi være basert på noe annet enn utdanning, som for eksempel kjønn?*

2 Metode

2.1 Valg av metode

Da jeg skulle begynne på oppgaven min måtte jeg velge hvilken forskningsmetode jeg ville bruke, og de to alternativene var kvantitativ eller kvalitativ metode.

Kvantitativ metode brukes for å objektivt beskrive fenomener ved bruk av tall og statistikk (Van Basten, 2014), for eksempel for å finne ut hvilket politisk parti som hadde vunnet om det hadde vært valg i dag, eller for å måle effekten av en medisin. En slik studie utføres ofte ved bruk av et spørreskjema som sendes ut til et høyt antall informanter, og formålet er å kunne bruke resultatet til å forklare fenomener i en populasjon. Resultatet skal altså kunne generaliseres til å si noe om en større gruppe mennesker enn dem man bruker som informanter (Justesen & Mik-Meyer, 2012).

Kvalitativ metode, derimot, har ikke nødvendigvis som formål å kunne generalisere resultatet. Her er fokuset på å forstå og beskrive fenomener og menneskelig adferd; man går i dybden på fenomener uten å utføre statistiske undersøkelser (Malterud, 2013). Kvalitative studier utføres derfor ofte i form av intervjuer, observasjon eller tekstanalyse, der man får en dypere forståelse enn gjennom et spørreskjema (Hovland et al., 2009).

I noen studier velger man å bruke begge metoder, der man for eksempel først utfører en kvantitativ spørreundersøkelse, og deretter går mer i dybden ved bruk av kvalitative metoder (Justesen & Mik-Meyer, 2012). Det kan også gjøres i motsatt rekkefølge, der man finner gode spørsmål til en spørreundersøkelse ved å først utføre intervjuer på et utvalg (Hovland et al., 2009).

I min oppgave ville jeg ikke hatt tid til å utføre både en spørreundersøkelse og intervjuer, og med tanke på problemstillingen jeg valgte passet det best å gjennomføre en kvalitativ studie. Kvalitativ metode ga meg muligheten til å utforske helselederes egne tanker og meninger rundt motivasjon, og jeg valgte derfor å utføre intervjuer i stedet for å for eksempel velge observasjon, da observasjon ikke ville gitt samme mulighet til å gå i dybden. Ved et intervju er det ikke nødvendigvis bare hva informantene svarer som er interessant, men også hvordan

de svarer, for eksempel hvordan de ordlegger seg og hvor engasjerte de blir. Videre valgte jeg semistrukturerte dybdeintervjuer, der noen hovedspørsmål er satt på forhånd, men med mulighet for å gjøre endringer eller legge til spørsmål etter hvert, slik at jeg kunne tilpasse eventuelle oppfølgingsspørsmål etter hver enkelt informant og intervjusituasjon. Dette fordi de fleste vil svare litt forskjellig på spørsmål, og det derfor kan være nødvendig å formulere seg annerledes for å få svar på det man lurer på.

2.2 Semistrukturert dybdeintervju

Ifølge Justesen og Mik-Meyer (2012) kan kvalitative intervjuer deles inn i tre typer; ustrukturerte, semistrukturerte og strukturerte. Ustrukturerte intervjuer passer godt til studier der forskeren har lite kunnskap om temaet på forhånd, og kjennetegnes derfor av få forhåndsplanlagte spørsmål. Strukturerte intervjuer har ofte en lignende oppbygging til et spørreskjema, der alle spørsmål, og rekkefølgen på dem, er bestemt på forhånd. I likhet med et spørreskjema vil også de fleste spørsmålene være lukkede, eller, som Eriksson og Kovalainen (2008) beskriver det, være ”hva-spørsmål”.

Et semistrukturert intervju er en blanding av de to typene beskrevet over. Intervjuet styres av forskeren, med en intervjuguide med noen hovedspørsmål bestemt på forhånd. Dette gjør at informantene må tenke over og diskutere noen forhåndsbestemte temaer, men det gir også rom for diskusjon og tilpassing av intervjuet etter hvor diskusjonen går. Det gir også forskeren mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål hvis hun/han vil få utdypet svarene (Justesen & Mik-Meyer, 2012). I følge Justesen og Mik-Meyer (2012) er litteraturen uenig om hvor strukturert et slikt intervju skal være, men hovedpoenget er at man har noen hovedtemaer og spørsmål planlagt på forhånd, og at resten tilpasses hver enkelt informant og intervjusituasjon. Eriksson og Kovalainen (2008) forklarer semistrukturerte intervjuer som intervjuer bestående av både ”hva-” og ”hvordan-spørsmål”.

Jeg valgte derfor semistrukturert dybdeintervju for å gi informantene rom til å snakke om det som opptok dem, samtidig som jeg styrte situasjonen ved å ha noen hovedtemaer og forhåndsbestemte spørsmål.

2.3 Intervjuguide

Da jeg utarbeidet intervjuguiden (vedlegg) var første fokus å dele den inn i fire hoveddeler; oppvarmingsspørsmål, hovedspørsmål, diskusjonsdel og avslutning.

Oppvarmingsspørsmålene skulle, som navnet tilsier, varme opp informantene og gjøre dem trygg på situasjonen, samtidig som jeg fikk samlet inn litt grunnleggende informasjon om dem. Her hadde jeg derfor spørsmål som kjønn, alder, stillingstittel, hvordan er vanlig arbeidsdag så ut for dem, osv.

Deretter hadde jeg i samarbeid med veileder kommet frem til fire hovedspørsmål rundt oppgavens tema. Disse spørsmålene var en blanding av ”hva-” og ”hvordan-spørsmål” og var ment til å gi informanten mulighet til å reflektere og gi utdypende svar.

Den tredje kategorien kalte jeg diskusjon/oppfølgingsspørsmål, og besto av to spørsmål om teori. Her var det også meningen at jeg skulle stille eventuelle oppfølgingsspørsmål eller prøve å få til diskusjon rundt teorien.

Til slutt hadde jeg en kort avslutning der jeg spurte om det var noe informantene ville legge til, og om de hadde noen tips eller kommentarer til de neste intervjuene.

2.4 Utvalgsprosess

Det første jeg gjorde for å skaffe informanter var å kontakte helseledere jeg allerede visste om, og andre bekjente, og fikk hjelp fra dem til å finne aktuelle personer. Jeg prøvde også å drive med strategisk sampling gjennom for eksempel *LinkedIn*, men fikk lite respons. Jeg kunne ikke bruke for lang tid på å finne informanter, derfor resulterte det i at alle informantene i oppgaven min ble funnet via nettverk. Fordi det var vanskelig å drive med strategisk sampling ble det litt større spredning i stillingsnivå på lederne enn jeg hadde tenkt, men ikke stort nok til jeg følte det ville påvirke resultatet. De aller fleste hadde ganske høye lederstillinger, men et par av klinikerne var litt lenger nede i organisasjonen. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å intervju, og sammenligne, ledere med utdanning enten innen økonomi eller medisin, men det viste seg tidlig at det var mange ledere i høye stillinger som var utdannet sykepleiere, og jeg endret derfor oppgaven min fra å sammenligne økonomer og leger, til å sammenligne økonomer og klinikere. Klinikere vil da si personer med helsefaglig utdanning. Uten denne endringen tror jeg det ville blitt vanskelig å få tak i nok informanter.

De fleste informantene var ledere knyttet til Helse Vest, og noen få var ansatt i private helseforetak. Gjennomsnittsalderen var rundt femti år, der ingen var under førti, og kun en var over seksti. Jeg intervjuet totalt elleve ledere; seks klinikere, og fem økonomer. Flertallet var kvinner, men det var to menn representert i hver gruppe; altså fire menn totalt. Alle informantene ble kontaktet via e-post, der jeg presenterte meg selv og oppgaven. Hvis de ville fikk de oversendt deler av mitt research proposal for å få mer info, dette takket noen ja til. De som svarte var alle veldig imøtekommende og ville gjerne bidra. Flere nevnte at det var kjekt og viktig å hjelpe fremtidige helseledere.

2.5 Gjennomføring av intervjuer

Alle informantene ble, som nevnt over, kontaktet på e-post, og tid og sted for intervju ble også avtalt der. Jeg merket fort at dette var travle folk, og dette førte til at intervjuene ble spredt over et litt større tidsrom enn jeg hadde tenkt. Til tross for at de var travle fikk jeg gjennomført alle planlagte intervjuer. Et par ble flyttet underveis, men ingen ble avlyst. Alle intervjuene ble holdt på informantenes arbeidsplass, på deres kontor eller møterom. Dette fordi det passet godt for dem, men det var også noe jeg ønsket. Å gjennomføre intervjuene på informantenes arbeidsplass, og/eller å la dem bestemme sted, kan føre til en mer avslappet stemning under intervjuet (Tjora, 2012).

Intervjuene begynte derfor med at jeg møtte opp på informantens arbeidsplass. Etter litt innledende småprat, der jeg takket for at vedkommende ville stille til intervju og presenterte meg selv og oppgaven, ble samtykkeskjemaet fra NSD underskrevet. Etterpå repeterte jeg om det var greit at jeg tok lydopptak av intervjuet. Opptakene ble tatt med mobiltelefon, som fungerte bra. Etter begynt opptak ble oppvarmingsspørsmålene stilt, om alder, kjønn, arbeidssted og stillingstittel med mer, der jeg understreket at dette ville bli anonymisert.

Etter et par intervjuer gjorde jeg en liten endring i hvordan jeg stilte oppvarmingsspørsmålene. Under de første intervjuene var nest siste spørsmål hvem de var leder for og hva de gjorde på jobb. Dette ble endret til å bli ett spørsmål om hvem de var leder for, og ett spørsmål om hvordan en vanlig arbeidsdag så ut for dem. Dette ble ikke endret i intervjuguiden. Spørsmålet om hvordan en vanlig arbeidsdag så ut ble flyttet helt til

slutt i oppvarmingsdelen da de ofte svarte mer utfyllende, og av og til reflekterte litt, her, og det ble en fin overgang til hovedspørsmålene.

Under hovedspørsmålene svarte de fleste ganske utfyllende og samtalen fløt fint. Noen svarte derimot litt kort på noen av spørsmålene, og da prøvde jeg å stille spørsmålene på nye måter. Dette var av og til litt vanskelig, og jeg måtte fokusere godt på å ikke stille ledende spørsmål. Alt i alt synes jeg likevel jeg fikk svar på det jeg lurte på fra alle informantene, og det at de ikke alltid hadde så mange tanker rundt temaene var også et resultat. Etter å ha gjennomført et par intervjuer klarte jeg å slappe mer av under intervjuene, og jeg klarte å løsrive meg litt fra intervjuguiden. Hvis jeg ikke var helt fornøyd med et svar kunne jeg for eksempel vente litt med å stille spørsmålene på nytt, og tok det heller opp senere i intervjuet hvis det passet bedre. Mange av informantene svarte bedre på spørsmålene etter at de hadde fått pratet og reflektert litt rundt temaet, da husket de ofte ting de ikke kom på tidligere.

Å stille oppfølgingsspørsmål ble jeg også bedre på etter hvert, slik at intervjuene ble mer som diskusjoner. Noen av de første intervjuene var derfor litt korte etter min mening. Viktigheten av være god på å intervjuer var derfor noe jeg fikk erfare.

Jeg gjorde også en liten endring i intervjuguiden i denne delen, der jeg endret formuleringen på et av spørsmålene. Dette var dog en veldig liten endring, men hensikten var å få mer flyt i samtalen ved å endre det fra å være et ”hva-spørsmål”, som kunne generere et kort svar, til et spørsmål som begynte med ”kan du fortelle..” for å oppfordre til et mer utfyllende svar.

Diskusjons- og oppfølgingsdelen fløt etter hvert noe over i hoveddelen, men stort sett stilte jeg spørsmål om teori etter at hovedspørsmålene ble stilt. Det var ikke alle som hadde så mye kunnskap rundt konkrete teorier, men alle hadde likevel tanker rundt det og jeg fikk mange fine diskusjoner. Ofte ble denne delen av intervjuet like lang som under hovedspørsmålene.

Da jeg merket at samtalen gikk mot slutten valgte jeg å gå over til avslutningsdelen. Jeg begynte med å si at jeg ikke hadde flere spørsmål, og spurte om vedkommende hadde noe de ville legge til; om det var noe de synes det var viktig at jeg tok med, eller om de hadde flere tanker rundt temaet. Her hadde flere mye å komme med, for eksempel noe de hadde kommet på underveis for å supplere tidligere svar. Hvis de svarte mye under denne delen gjentok jeg

av og til om det var greit at jeg avsluttet, eller om de hadde noe mer å si, før jeg stoppet opptaket.

Etter endt opptak fortalte jeg litt om prosessen videre, at jeg gjerne tok kontakt med dem igjen hvis det var noe jeg lurte på, og at de kunne kontakte meg hvis det var noe de ville legge til eller om de hadde spørsmål. Jeg spurte også om de ville ha tilsendt oppgaven da den var ferdig, noe alle ønsket. I mange tilfeller ble jeg sittende igjen og prate med informanten etter at alt dette var sagt, og mange kom på flere ting de kunne ha svart underveis i intervjuet. Dette skrev jeg da ned, og noterte på slutten av transkripsjonen av intervjuet. Deretter takket jeg for et fint intervju og for at de ville stille som informant.

2.6 Analyse

Først ble intervjuene transkribert ord for ord, uten at jeg skrev noe om toneleie, ansiktsuttrykk, osv. Da alle intervjuene var gjennomført begynte jeg på analysen, inspirert av Flicks tematiske koding (Flick, 2014). Det første steget var å lese gjennom hvert enkelt intervju og gjennomføre en kort analyse for å finne de mest interessante formuleringene og knytte dem til problemstillingen og oppgavens temaer. Deretter fulgte en dypere analyse der uttalelsene ble kategorisert etter tema, og samlet i gruppene økonom eller kliniker. Til slutt ble de to gruppene sammenlignet, for å se etter likheter og forskjeller. Her ble det også lagt vekt på forskjeller i formuleringer og hvordan de to gruppene ordla seg. Denne strategien ble også gjennomført med kjønn som sammenligningsgrunnlag i stedet for utdanning, for å se etter forskjeller mellom kjønnene.

2.7 Etikk

Etikk er en viktig del av all forskning. Når man involverer mennesker i forskningen sin er det for eksempel veldig viktig å tenke over personvern og hvordan man skal sørge for tilstrekkelig beskyttelse av deres privatliv. Det er veldig viktig at man opplyser om informantenes rettigheter, for eksempel hvis de velger å trekke seg underveis i studien, og at man innhenter samtykke. Å gi deltakerne god informasjon om studien er også viktig (Everett & Furseth, 2016).

Det første jeg gjorde da jeg begynte på masteroppgaven var derfor å melde fra til NSD, norsk senter for forskningsdata (vedlegg, referansenummer: 58268/3/STM). Ved bruk av mal fra

NSD utarbeidet jeg også et samtykkeskjema (vedlegg) som alle informantene leste gjennom og skrev under på før intervjuene begynte. I dette skjemaet ble oppgaven først raskt beskrevet, og det ble informert om hva deltakelsen innebar, bl.a. at intervjuene ble tatt opp på bånd. Deretter ble det forklart at all innhentet informasjon ville bli behandlet konfidensielt, og at direkte personopplysninger ville bli oppholdt adskilt fra øvrige data. Alle deltakerne ville bli anonymisert, og all data ville bli destruert ved prosjektets slutt. Det ble også informert om at deltakerne kunne trekke seg når som helst uten noen konsekvenser og uten å måtte oppgi årsak.

Noe av det som sto i samtykkeskjemaet gjentok jeg muntlig før intervjuet begynte, for å forsikre meg om at informantene hadde fått det med seg. Etter intervjuets slutt opplyste jeg også om at informantene ville bli tilsendt utkast hvis jeg ville bruke direkte sitat fra dem, slik at de kunne se gjennom og godkjenne det.

2.8 Svakheter

Viktige kvalitetsindikatorer innen forskning er validitet, pålitelighet og transparens. Validitet handler om hvor god metoden man har valgt er til å svare på problemstillingen, mens pålitelighet handler om hvor godt forskningsmetoden er utført. Er det høy pålitelighet skal derfor andre forskere i teorien kunne gjennomføre samme studie og få samme resultat. Transparens kommer fra det engelske ordet *transparency* og kan også oversettes til gjennomsiktighet. Denne kvalitetsindikatoren handler altså om at det skal være transparens i en studie, at det skal være klart hvorfor forskeren har valgt og gjort det hun/han har gjort. For eksempel at valg av metode og datainnsamling er begrunnet (Justesen & Mik-Meyer, 2012).

Justesen og Mik-Meyer (2012) nevner blant annet at man må begrunne valg av informanter for å oppfylle kravet om transparens. I min oppgave var strategien å intervju ledere i helsevesenet med erfaring innen administrativt ansvar og personalansvar, og det klarte jeg å oppfylle. Men, som nevnt tidligere, fant jeg kun informanter gjennom nettverk og dette bør tas i betraktning. Mine bekjente anbefalte informanter ut ifra folk de mente jeg ville ha nytte av å snakke med, og det at de kanskje har tatt et valg om hvem de syns jeg burde intervju og eventuelt hvem jeg ikke burde intervju, kan derfor være noe som påvirker oppgaven min. Det at jeg ikke kunne velge og vrake i informanter, men heller intervjuet alle jeg fikk avtale

med, kan også påvirke oppgaven. En annerledes sampling-prosess er derfor noe man kunne forbedret til en annen gang.

Angående kjønnsforskjeller funnet i studien bør det nevnes at utvalget av informanter besto av syv kvinner og fire menn, og man kan derfor spørre seg om forskjellene kan knyttes til denne forskjellen i antall.

3 Resultat

Her presenteres resultatene fra intervjuene. Først presenteres et sammendrag av hovedfunnene, deretter deles resultatene inn i to hoveddeler; resultater fra klinikerne og resultater fra økonomene, med hovedspørsmålene fra intervjuguiden som underkategorier. Etter det følger en sammenligning av de to gruppene, og til slutt presenteres forskjeller mellom kjønnene.

3.1 Hovedfunn

Det er fire funn i denne studien som skiller seg ut, som viser forskjeller, og en likhet, mellom økonomer og klinikere. Det første er hvor tydelig klinikernes dedikasjon til faget, og helsevesenet, kom frem. Dette så man i hvordan de uttalte seg rundt egen og ansattes motivasjon, og hvor engasjert de ble da snakket om å jobbe i helsevesenet – med noe som betyr mye for samfunnet. Det andre funnet er forskjellen i ydmykhet rundt egen kunnskap, der økonomene så ut til å være mer ydmyke på at de ikke kan alt, og at de må bruke alle flinke medarbeidere rundt seg. Dette var ikke noe klinikerne snakket om. Det tredje hovedfunnet er at økonomene virket å være mer bevisste sin egen betydning for sine ansattes motivasjon, noe som kom frem på spørsmålet om hva som motiverer dem de er leder for. Her la økonomene mer vekt på anerkjennelse og et godt arbeidsmiljø. Det fjerde, og siste, hovedfunnet er en likhet mellom de to gruppene; deres tanker rundt motivering av ansatte. Begge gruppene la her vekt på å se hver enkelt, og dermed å tilpasse motivasjonen til hvert individ, viktigheten av autonomi, og å bli utfordret. Det ble også funnet noen interessante kjønnsforskjeller, som blir presentert i et eget underkapittel.

3.2 Klinikere

3.2.1 Beskrivelse av egen lederstil

Det som gikk igjen i klinikernes beskrivelse av egen lederstil var at de er inkluderende og lyttende, og at de liker å gi frihet og mulighet til selvstendig arbeid. Flere nevnte at de leder høyt utdannede og autonome mennesker, og at man følgelig i stor grad blir en veileder og tilrettelegger. Dette kom tydelig til uttrykk hos en av dem:

Jeg er mer en tilrettelegger enn jeg er styrer tenker jeg. Jeg er ikke så glad i management, altså sånn klassisk styring. Jeg liker ikke det. Og det er nok en svakhet også, i noen situasjoner. Men jeg har nok en profil som er orientert mot å absorbere det som finner sted av prosesser, energier og fagutvikling, og finne gode måter å kanalisere og drive den prosessen videre på. Og å lede vei, men samtidig fasilitere. Så igjen, jeg er ikke så glad i sånn ovenfra og top-down-styring.

Klinikeren viser her at han ikke vil være en som driver med detaljstyring, men en som legger til rette for at hans ansatte skal ha handlingsrom til å drive med selvstendig arbeid. Denne måten å lede på kan knyttes opp mot transformasjonsledelsens måte å lede sine ansatte på, og står i kontrast til transaksjonsledelsens syn på forholdet mellom leder og ansatte.

En annen kliniker hadde en interessant kommentar. Han var leder for mange forskjellige yrkesgrupper, for eksempel økonomer og statsvitere, i tillegg til klinikere, men mente likevel at han kunne hjelpe de fleste hvis det var nødvendig:

Jeg tror nok at jeg har såpass oversikt på de ulike feltene at jeg kan hjelpe de hvis det er ting de lurer på.

Denne selvtilliten rundt egen kompetanse er svært interessant, og kan muligens knyttes til klinikerens faglige selvtillit.

3.2.2 Personlige motivasjonsfaktorer

Under personlige motivasjonsfaktorer var svarene fra klinikerne ganske forskjellige. Halvparten av dem var veldig korte og konsise i svarene sine, og snakket om det å få ting til, å bli utfordret, mestring, og å ha en allsidig jobb, som det mest motiverende:

Det er litt å få ting til. Det å lykkes, men det behøver ikke å være den ultimate lykkesvarianten hele tiden. Men det er det å få ting til som er vanskelig, det å få til store endringer, fordi vi vet at det er ofte vanskelig å stå i konstant endring. Også når man oppdager at man får til en del, ja det er egentlig det som er driven. Også kan jeg ikke ha det kjedelig på jobb, jeg må ha litt motstand for å mobilisere. Jeg liker utfordringer.

En av dem var også veldig opptatt av kommunikasjon og innovasjon, og oppga det å få til god kommunikasjon med medarbeidere som den største motivasjonsfaktoren.

Den andre halvparten la vekt på det å jobbe på et sykehus, og det å gi et så bra tilbud som mulig til pasientene, som mest motiverende. Kliniker nr. 6 uttrykte lidenskapelig hvor meningsfullt det er å være en del av helsevesenet:

Jeg synes jo det å få jobbe i et sykehus er toppen av alt. Det er meningsfulle oppgaver. Det å bety så mye for mennesker som trenger våre tjenester, det er veldig meningsfullt.

To av dem nevnte også det å gjøre forbedringer som en stor motivasjonskilde. Den ene sa dette:

Overordnet er det jo å få til et best mulig sykehus for pasientene. [...] Det er gøy å jobbe med å ha gode styringsdata og endre på det som ikke fungerer. Og å få det til.

Den andre var også opptatt av å gjøre forbedringer, og begynte til og med i sin nåværende stilling på grunn av behovet for forbedring:

Det som motiverte meg til å begynne som leder i det hele tatt var at jeg så at denne pasientgruppen, og det tilbudet som var, var veldig dårlig. Så hvis jeg i det hele tatt skulle kunne jobbe som kliniker i et sånt system så måtte systemet endres. Så det var mitt kliniske blikk som gjorde at jeg gikk inn i lederstillingen. For jeg ville forsøke å skape en struktur og et system som jeg ville likt å jobbe i. Så det var motivasjonen min opprinnelig, og fortsatt er motivasjonen min helsetjenesteutvikling.

Man ser tydelig i sitatene over at begge motiveres av å forbedre pasienttilbudet, som kan knyttes til ønsket om å gjøre noe som er nyttig for samfunnet.

Flere oppga også det å jobbe med flinke folk som veldig motiverende. Spesielt en la vekt på hvor motiverende det er å jobbe med dedikerte kolleger:

Det å møte masse flinke folk, som er så dedikerte i jobbene sine og som tenker at det er toppen på denne jord å få jobbe med syke mennesker og å få bety en forskjell. Det er

fantastisk å få jobbe med sånne folk som er så topp motiverte og som ikke bare jobber for å måtte jobbe, men som jobber fordi at det er en meningsfull jobb. Det å være sammen med så flinke folk det er veldig motiverende.

3.2.3 Hva motiverer de du leder?

I likhet med spørsmålet over var svarene her ganske forskjellige, og delt litt på midten. De samme tre som oppga sykehuset og pasientene som personlige motivasjonsfaktorer mente at dette var den største motivasjonen også hos dem de er leder for. En av dem la også vekt på kvalitet, og det å kunne utmerke seg nasjonalt. To av dem nevnte også at de fleste som jobber i denne bransjen er drevet av indre motivasjon, og det å være en del av samfunnsoppdraget. En av dem sa det slik:

Jeg tror at de fleste som velger å jobbe med syke mennesker, de har et spesielt motiv for å bidra til bedre helse eller bedre livssituasjon. Og det er en indre motivasjonskilde som er fantastisk når den kommer til uttrykk hos folk. [...] Når de opplever det å kunne utgjøre den forskjellen, det å kunne utfylle et så viktig samfunnsoppdrag, det er veldig meningsfullt.

Det å være en del av et større bilde og å være med på å gjøre en forskjell i samfunnet, og for folk, er altså noe hun tror hennes ansatte motiveres av. Dette kan knyttes til det nest øverste trinnet på Maslows behovspyramide, som blant annet består av det å føle seg viktig, og å utgjøre en forskjell. Å oppleve mestring er også en del av de øverste trinnene i behovspyramiden, noe hun også nevnte som en kilde til motivasjon:

Jeg tror at det med å oppleve mestring i det du holder på med, eller at du blir utfordret til å gå videre til neste mestringsnivå, det tror jeg er fornuftig.

Videre snakket hun om at å ha det kjekt på jobb er viktig for motivasjonen:

Dette med å finne gleden, og for så vidt litt humor i situasjoner, det tror jeg er fantastisk for mennesker å oppdage. For det er en sånn kilde til energi og videre drivkraft i en jobb.

Her la hun vekt på viktigheten av trivsel på jobb, noe som ble nevnt av flere klinikere. En av dem mente for eksempel at hennes ansatte ble mest motivert av samhold og godt arbeidsmiljø.

To klinikere formulerte seg litt annerledes enn de andre, der en mente at den største motivasjonskilden var faglig høy standard, med fokus på det å levere kvalitet, mens den andre nevnte det å oppnå nye ting og resultater. Sistemann mente også at en variert arbeidsdag er viktig for motivasjonen.

3.2.4 Hvordan motiverer du som leder?

På spørsmål om hvordan de motiverer dem man er leder for var klinikerne mer samkjørte i svarene sine, med mange fellestrekk, men samtidig også noe unikt hos hver av dem. Det som gikk igjen var at man må være tilgjengelig, se hver enkelt og tilpasse motivasjonen til hver enkelt, være en tilrettelegger, og gi dem utfordringer og handlingsrom. Flere nevnte også viktigheten av å inkludere dem man er leder for i beslutningstaking, delegere ansvar, å synliggjøre resultater, og gi dem en forståelse av helheten.

En av klinikerne snakket om det å motivere ansatte ved å løfte dem opp og frem i organisasjonen, ved å for eksempel anbefale dem til nye prosjekter, og kommenterte effekten det hadde slik:

Min erfaring er at det er veldig, altså det gir i seg selv en fantastisk effekt. Det leveres bedre og bedre, og du ser at de opplever en voldsom grad av tilfredshet.

To av klinikerne tok også opp viktigheten av å fange opp de som ikke er motivert i jobben sin, og hvordan man kan ta tak i det. En tok tak i dette på en direkte måte:

De som strever litt og som man da skal gi veiledning til, det er jo ofte tyngre. [...] Det er ikke alle som verken ønsker vekst eller noe, de ønsker bare å gjøre den jobben de gjør. [...] Det er så lett for en leder å bare se de som er kjempeflinke, de som leverer og de som står på liksom litt ekstra, det er så lett å se dem. Også må vi huske at vi har noen flere som og skal bli sett og hørt og tatt vare på. [...] jeg sier jo av og til at jeg synes det er tungt å veilede deg, kan vi snakke om det? [...] Og det er ikke gitt alle å være i de jobbene de er i heller sant. Kanskje

man skal veilede noen ut av noen jobber sant. "Dette var ikke din greie, det må vi finne ut av sammen, sant".

Den andre prøvde å gi sine ansatte andre arbeidsoppgaver:

Et insentiv er jo det å være med på ting, det å lage konferanser, det å finne og motivere de til å gjøre andre ting når de ikke orker å være leder lenger. Å få en god overgang der sånn at de gjør noe kjekt etterpå også.

En kliniker skilte seg litt ut fra resten fordi hun av og til bruker premiering:

Vi har akkurat kommet i gang med det, vi har kpi'er som vi blir målt på. Noe vi skal strekke oss etter, key performance indicators. Ut ifra det så kan det bli en liten bonus. Det er ikke snakk om en stor ting, det kan være en sjokolade eller noe sånt, men bare en sånn god ting. Og det hjelper, det så jeg forrige uke.

Å bruke premiering er en form for ytre motivasjon og forsterkning av ønsket adferd som resten av klinikerne ikke så ut til å legge vekt på. En av dem nevnte for eksempel at hun ikke hadde så mye tro på bruk av bonus som motivasjon. Denne type motivasjon kan knyttes til transaksjonell ledelse.

3.2.5 Kunnskap om motivasjonsteori

Jevnt over var det liten kunnskap om motivasjonsteorier blant klinikerne. Men etter å ha tenkt seg litt om kom tre av dem uoppfordret på indre og ytre motivasjon, og at de hadde mest tro på den indre motivasjonen. En av dem sa også at hun tenkte mye på motivasjon og motivasjonskilder, men at teori ikke var noe hun tenkte noe særlig på. En annen, derimot, kunne navngi McGregors (1960) teori om X- og Y-medarbeidere:

X- og Y-medarbeiderne til McGregor handler om å gi de mulighet til å vokse og være autonome i sitt fag. X-medarbeidere handler om å gå i takt og i for eksempel gruppen sykepleiere, de er kanskje mer sånn gå i takt-gruppe, men innenfor der finnes det eksperter som absolutt må få lov til å utøve sin autonomi sant, så det er ganske forskjellig hvordan folk

vil ha det. Legegruppen er som gruppe mer som Y-medarbeidere som liker å være autonome og liker å få lov til å utvikle seg selv.

Hun skilte seg dermed litt ut fra de andre klinikerne fordi hun kunne navngi og forklare en kjent teori. Det var også interessant hvordan hun så forskjeller mellom sykepleiere og leger, da man kan trekke linjer mellom hennes observasjon og Glouberman og Mintzbergs (2001) fire verdener i et sykehus.

En av de andre klinikerne svarte først at hun visste lite om motivasjonsteori, men kom etter hvert på at hun hadde tro på at folk motiveres av mestring – at man kan motivere ved å sette folk til å gjøre noe de opplever at de mestrer fordi de da får en egen *drive*. Etter hvert kom hun også på at hun kunne litt om motivasjon fra økonomisk teori, og at man derfra ser at for eksempel bonuser ikke alltid har den rette effekten.

3.3 Økonomer

3.3.1 Beskrivelse av egen lederstil

Det som gikk igjen hos de fleste på beskrivelse av egen lederstil var viktigheten av å involvere de man er leder for i beslutningstaking. Flere påpekte for eksempel at de ikke hadde all kunnskapen som finnes hos dem de er leder for, og at involvering fra medarbeidere derfor er viktig:

Det jeg tenker er viktig som ledere, er å bruke all god kompetanse i foretaket. Jeg kan ikke sitte alene og drifte dette her. Men er avhengig av godt teamarbeid og bruke de gode samarbeidspartnerne. Det formidler jeg til mine ledere under meg og, bruk den gode tilgjengelige kompetansen for vi kan ikke kunne alt.

En av dem hadde på grunn av dette begynt å besøke avdelinger rundt på sykehuset for å få bedre innblikk i hverdagen til sine ansatte:

Det å være ydmyk i forhold til hva du selv kan, og skjønne at du må trekke på andre for å få ting gjort, og du må spørre og du må lytte. Det som jeg gjør veldig mye, det er at jeg hospiterer rundt i sykehuset. Altså er jeg en dag med portøren, har vært en natt på akuttmottaket, og det er jo en måte å ikke bare lese og høre fra folk sant. Men det å faktisk

være tilstede og observere og se, og sette ting i en sammenheng. Og på den måten føler jeg at når jeg da hører saker lagt frem eller ting så har jeg bedre referanserammer til å se ting i en sammenheng. [...] Derfor er det kjempeviktig, den forståelsen for hva som skjer, og hvordan arbeidsdagen er for de som jobber der ute.

Flere av økonomene viste dermed en ydmykhet rundt det at de som økonomer, og ikke helsepersonell, ikke kan vite alt om hva deres ansatte driver med. Denne ydmykheten rundt egen kompetanse skiller økonomene fra klinikerne, da ingen av klinikerne snakket noe om dette.

Å drive med detaljstyring når man ikke innehar all kompetanse er følgelig noe flere av økonomene nevnte at de ikke kan drive med. De fleste la vekt på å gi handlingsrom og rom for autonomi, og at detaljstyring da uansett ikke fungerer. En av dem var derfor opptatt av at hun skal fungere som en coach, altså mer som en veileder enn en styrer:

Jeg er opptatt av at det skal være åpent, og at lederne som jobber for meg skal i stor utstrekning få lov til å være leder selv. Altså jeg er opptatt av at de skal få utøve ledelsen sin selv. Også skal jeg mer fungere som en coach.

Med denne friheten understreket flere behovet for tydeliggjøring og forventningsavklaring. En sa for eksempel dette:

Det er folk som kan ting om områder som jeg ikke har innsikt i sant, så veldig mye må delegeres ut. [...] Men samtidig så har jeg da behov for å tydeliggjøre i det at de har den friheten de har, og det ansvaret de har, så har jeg også et behov for å bidra med forventning. Så det å være tydelig på forventningsavklaring på del ting også, det er viktig.

Dette ble også nevnt av en annen:

Jeg er vel en sånn type som har litt forventninger, eller kommuniserer litt forventninger til folk. Samtidig så er jeg opptatt av at folk skal ha handlingsfrihet og på en måte ta litt initiativ selv og, så det er jo en balanse mellom det å ha detaljerte krav også la folk ha frihet selv.

Økonomene i sitatene over la altså vekt på at de liker å delegere ut arbeid og at dem de er leder for skal jobbe selvstendig og være autonome, men at det da er viktig med forventningsavklaring. Dette var også noe flere av klinikerne la vekt på.

Viktigheten av gode relasjoner var også noe som gikk igjen hos økonomene. To av dem understreket for eksempel viktigheten av dette når man jobber sammen med andre, og at man derfor må legge til rette for gode samhandlingsarenaer. Dette ble det snakket mer om på spørsmål om hvordan de motiverte sine ansatte.

3.3.2 Personlige motivasjonsfaktorer

På spørsmål om personlige motivasjonsfaktorer svarte økonomene mye forskjellig. En skilte seg ut ved å snakke mye om viktigheten av gode prosesser, og det å drive med kontinuerlig utvikling og forbedring. Men vedkommende nevnte også det å bli utfordret, og å få utøve sin egen autonomi, som betydningsfulle motivasjonsfaktorer. En annen understreket viktigheten av godt humør på arbeidsplassen, og at man derfor må prøve å feire de små tingene man oppnår på veien, og ikke bare de store seirene:

Resultat er jo en ting, men bevegelsen er kanskje den aller viktigste sant. Om resultatet ikke ble akkurat sånn som vi hadde tenkt, så er det kanskje godt nok likevel sant.

Videre sa hun at hun fikk mest motivasjon og energi av å være sammen med folk, snakke med folk, og å se folk. Enten det var pasienter eller ansatte. Dette gjenspeilet seg hos en av de andre, som fikk motivasjon i å jobbe med flinke folk, og som etter hvert hadde funnet ut at det ikke var så viktig hva han gjorde på jobb lenger, men at det var hvem han jobbet med, og for, som var blitt det viktigste. Viktigheten av gode relasjoner gikk igjen hos de fleste og to av økonomene snakket litt om det å treffe ansatte i mer uformelle settinger, og bli kjent utenfor jobb, som noe de satt pris på.

Andre faktorer som gikk igjen var for eksempel det å jobbe på et sykehus, å føle at man er med på samfunnsoppdraget og gjør noe som er viktig. Flere nevnte også det å jobbe variert som motiverende. En sa for eksempel at det å jobbe med oppgaver knyttet til drift, eller oppgaver som er veldig repetitive, var vanskelig å være motivert til.

3.3.3 Hva motiverer de du leder?

På dette spørsmålet var det mange likheter til svarene på spørsmålet over, men det ble lagt enda mer vekt på det å jobbe på et sykehus:

[...] det er kanskje ikke rent økonomiske faktorer som motiverer. Det er det at du er med på å skape noe på en måte, noe som er viktig for samfunnet. Og noe som er viktig for den enkelte pasient, sant, at de skal mestre sin livssituasjon.

Økonomen fra sitatet over mente altså at det ikke er penger som motiverer hennes ansatte, men at det er det å gjøre noe som er viktig for samfunnet og pasientene. En av de andre økonomene utdypet dette enda mer, og la vekt på at de som jobber på et sykehus har en helt spesiell identitet:

Det betyr noen ting, hva man gjør på, eller hvem man jobber for, det samfunnsperspektivet. Det er motiverende og det tror jeg motiverer også organisasjonen i stort. Altså et sykehus er jo i bunn og grunn mange ting, men de som jobber her er jo egentlig da en gjeng med hjelpere sant. De har en hjelperidentitet, veldig mange har jo kommet hit fordi de ønsker å gjøre noe for noen. Og det er en ganske sterk kultur for det. Så det er samfunnsoppdraget, og det å jobbe for noe mer enn sin egen bonus.

En av de andre tok også opp det å gjøre noe nyttig, og trakk inn helsepersonells yrkesstolthet som en kilde til motivasjon:

De fleste innenfor helse har jo en ganske sånn formell utdannelse, enten du er sykepleier eller lege. Du har gått et studie, du har en profesjon, og du er egentlig litt sånn stolt over det. Og når du får bruke den profesjonen på mennesker som er syke og du ser at du gjør en forskjell og en nytte, at du får faktisk lov til det. At du faktisk får den muligheten, det tror jeg er motiverende.

Alle tre økonomene ovenfor la altså vekt på det å gjøre en nytte, og å bety en forskjell for pasienter og samfunnet, som en viktig kilde til motivasjon. To av dem så også ut til å mene at det er noe spesielt med dem som jobber i helsevesenet, at de har en egen hjelperidentitet som motiverer dem til å gjøre noe nyttig for andre, og at de er stolt over å kunne bruke sine

kunnskaper til å utgjøre en forskjell. Denne yrkesstoltheten, og dedikasjonen til jobben sin, var noe som kom frem i hvordan en del av klinikerne i studien uttrykte seg.

Likevel understreket flere av økonomene at folk motiveres av mange forskjellige ting. Én hadde for eksempel observert at ikke alle hun hadde ansatt opp gjennom årene ble motivert av å jobbe i helsevesenet. Noen ser kun en spennende jobb og blir ikke nødvendigvis motivert av hvilken bransje de jobber i. Annet som ble lagt vekt på hos flere var at et godt miljø med mye humor og latter er viktig. Flere nevnte også at mange motiveres av å få utfordringer, og å bli sett og satt pris på. Indre motivasjon var også et uttrykk som gikk igjen.

3.3.4 Hvordan motiverer du som leder?

Dialog, gi oppmerksomhet, og anerkjennelse var stikkord som gikk igjen hos de fleste økonomene på dette spørsmålet. Det å få frem en lagfølelse og å bli godt kjent ble også understreket. To av dem snakket om viktigheten av å finne på ting sammen, og å bli kjent privat. En av dem hadde for eksempel tatt med ledergruppen sin på forskjellige aktiviteter som stuping, dansing og skiturer. Dette fordi man skal ha det kjekt på jobb og ha lyst til å gå jobb hver dag;

For meg har det vært veldig viktig at vi som, hvert fall de jeg har i direkte linje, at vi kjenner hverandre på godt og vondt. Også privat. Noen har syke barn, noen har syk ektefelle, noen har foreldre som blir gammel, altså alt dette her. Så alle har på en måte en privat sfære, som vi tar med oss på jobb. Og jeg tror at det blir et bedre samspill også på jobb hvis vi på en måte tar med oss at vi er privatpersoner, og vi har våre up'er og down'er og alt.

Hun understreket altså viktigheten av å se hver enkelt, og at man må ha forståelse for at folk har et privatliv det kan være vanskelig å legge vekk når man er på jobb. Dette gikk også igjen i måten hun prøvde å motivere sine ansatte, ved at hun la vekt på at man må finne ut hva som motiverer hver enkelt. Å tilpasse motivasjonen til enkeltindividet var noe også flere av økonomene var opptatt av. Flere nevnte for eksempel at dem de leder motiveres av autonomi og ved å få delegert ansvar, og at man da kan tildele oppgaver etter hvor man ser at det vil motivere og utfordre. Å gå inn i en coach-rolle der man gir handlingsrom, og fungerer mer som en støttedfunksjon, var derfor noe flere beskrev som sin motivasjonsstrategi:

De jobber med ganske komplekse saker, og det å være å kunne hjelpe og svare og støtte og bare sparre med de på ting. Det er viktig. [...] Også er det å motivere gjennom tilbakemelding, altså gjennom anerkjennelse. Og vise at de blir satt pris på i det de gjør.

3.3.5 Kunnskap om motivasjonsteori

Innen kunnskap om motivasjonsteori skilte økonomene seg litt ut fra klinikerne, ved at flere husket, og kunne navngi, kjente teorier. Maslows (1943) behovspyramide ble blant annet nevnt av to stykker. På spørsmål om hun kunne noe om motivasjonsteorier, og om hun tenkte på det til daglig, svarte for eksempel en dette:

Faktisk nesten hele tiden i denne organisasjonen her, fordi at det er noe med det som jeg snakket litt om i sted, i forhold til det å være kompetanseorganisasjon. Altså det også ha så høyt utdannede, kompetente folk med seg som krever noe annet sant, enn en annen type virksomhet. Sånn at ja, det er veldig ofte jeg har oppe, holdt på å si, Maslows behovspyramide i tankene. I forhold til at denne type arbeidskraft blir ikke automatisk motivert av penger for eksempel. De blir fortrinnsvis motivert av oppgavene, men også av anerkjennelsen. Altså det at de ser at de blir sett, det at de ser at andre ser hva de gjør, og hva de er flink til. Så ja, jeg vil si det at jeg bruker en del, både kjenner til teorien bak, men også bruker en del sånn praktisk tid på å tenke gjennom hva, hvordan er det vi bør både organisere oss, fordele oppgaver, drive kompetansebygging, i lys av hva som motiverer denne type arbeidskraft da.

Økonomen over viser her at hun prøver å motivere sine ansatte ved å bruke de øverste trinnene i Maslows behovspyramide, blant annet fordi hun ser at penger ikke alltid fungerer som motivasjon. Likevel påpekte hun at hun så at hvis de lavere trinnene ikke er oppfylt kan det føre til støy i organisasjonen, for eksempel knyttet til lønn.

En annen tok opp Herzbergs (1987) tofaktorteori:

Jeg husker en, noe som heter Herzbergs tofaktorteori. Har du hørt om den? Den synes jeg var ganske slående i forhold til det å altså, det å ikke ha motivasjon, sant. Har du en elendig lønn så er det jo på en måte ganske demotiverende. Men har du et akseptabelt nivå på den så er det greit liksom.

Det han påpeker her kan knyttes til det hun i sitatet over nevnte, at lav lønn kan virke demotiverende og føre til støy i organisasjonen. Men er lønnen akseptabel vil ikke det nødvendigvis virke motiverende.

Ellers nevnte flere av økonomene indre og ytre motivasjon, og at de hadde mest tro på den indre motivasjonen. For eksempel la flere vekt på at det å ha en spennende og meningsfull jobb veier høyere enn lønn og bonuser. En annen tok opp det at et sykehus er en kompetanseorganisasjon, og at de fleste derfor motiveres av tillit og frihet. Her kan det trekkes flere linjer til motivasjonsteoriene og til Mintzberg og Glouberman.

3.4 Sammenligning av svar på hovedspørsmål

3.4.1 Beskrivelse av egen lederstil

De fleste i begge gruppene så ut til å være opptatt av å inkludere sine medarbeidere når en beslutning skal tas. Stikkord som gikk igjen var involverende, lyttende, tillit, tydelig osv. Mange understreket viktigheten av gode relasjoner. Det som skiller de to gruppene var blant annet at økonomene så ut til å være mer bevisst rundt sin egen lederstil. Den største forskjellen var likevel, som nevnt tidligere, økonomenes ydmykhet rundt egen kunnskap. Fire av fem økonomer snakket om å være ydmyk rundt egen kunnskap og bruke kunnskapen som finnes hos deres ansatte og medarbeidere. Dette snakket ikke noen av klinikerne om, derimot nevnte en kliniker at han nok kunne hjelpe flere av yrkesgruppene han var leder for hvis de lurte på noe.

3.4.2 Personlige motivasjonsfaktorer

På spørsmål om personlige motivasjonsfaktorer så økonomene ut til å være opptatt av forbedring av prosesser og løsninger, godt arbeidsmiljø og relasjoner, mens flertallet av klinikerne var rask med å nevne det å jobbe på et sykehus. Samtidig var det et par klinikere som ikke nevnte det å jobbe på sykehus, men la mer vekt på personlig utvikling, og et par økonomer som nevnte det å jobbe på et sykehus som veldig motiverende. Det som også kom frem var klinikernes stolthet og dedikasjon knyttet til jobben og yrket deres. For eksempel han som begynte i lederjobben fordi han ville skape en god arbeidsplass og et verdig tilbud til

pasientene, og hun som sa at å jobbe på et sykehus var toppen av alt og at hun ble motivert av å jobbe med flinke og dedikerte kolleger.

3.4.3 Hva motiverer de du leder?

Her var de to gruppene mer samstemte enn på spørsmålet over, da begge la stor vekt på det å jobbe på et sykehus, være en del av samfunnsoppdraget, ha en meningsfull jobb, og viktigheten av gi et godt tilbud til pasientene. Andre faktorer som gikk igjen var det å bli utfordret, å få ting til, og den indre motivasjonen. Økonomene så likevel ut til å legge mer vekt på viktigheten av personlig utvikling, anerkjennelse og et godt arbeidsmiljø. I tillegg formulerte økonomene seg litt annerledes fra klinikerne, da de så ut til å være mer bevisst sin egen rolle i medarbeidernes motivasjon. Ingen klinikere nevnte noe om sin betydning for sine ansattes motivasjon, mens økonomene for eksempel la vekt på at deres ansatte ble motivert av å bli sett og anerkjent.

3.4.4 Hvordan motiverer du som leder?

Det var mange likheter mellom de to gruppene her. Det som gikk igjen var det å tilpasse motivasjonen til hver enkelt, se hva hver enkelt trenger, og prøve å gi dem utfordringer ut ifra det. Mange nevnte også viktigheten av å gi handlingsrom og autonomi, og at de skulle fungere som en tilrettelegger, coach og sparrepartner. En annen ting som gikk igjen var viktigheten av å informere om hva som foregikk i organisasjonen, gi dem en forståelse av helheten og å inkludere dem i beslutninger. Relasjonsbygging ble også nevnt av flere i begge gruppene. To av økonomene la vekt på det å bli godt kjent også privat ved å finne på ting sammen utenom jobb, noe som muligens kan forklares ved at de begge jobbet høyt i systemet og ville bli godt kjent med sine ledergrupper. To av klinikerne nevnte det å motivere folk til å finne en annen jobb hvis de ikke lenger er motivert i den jobben de har.

Det som skilte seg ut ved dette spørsmålet var at en av klinikerne bruker små premier som motivasjon. Hun var den eneste av informantene som nevnte dette, og på noen områder var svarene hennes likere økonomenes enn de andre klinikernes. Dette kan kanskje forklares ved at hun var den eneste informanten som jobbet i privat sektor.

3.4.5 Kunnskap om motivasjonsteori

Økonomene skilte seg ut på dette spørsmålet ved at flere kunne navngi teorier, for eksempel Maslows (1943) behovspyramide og Herzbergs (1987) tofaktorteori. En kliniker kunne dog McGregors (1960) teori om X- og Y-medarbeidere. Økonomene virket også mer klar over hvilke faktorer som motiverer og ikke, selv om ikke alle kunne navngi eller komme på konkrete teorier. Ellers svarte flertallet fra begge gruppene at de hadde hørt om indre og ytre motivasjon, og at de hadde troen på den indre motivasjonen.

3.5 Kjønnforskjeller

Under sammenligningen av kjønnene var det noen interessante forskjeller. Disse forskjellene vil derfor kommenteres da en av underproblemstillingene tar for seg om det var andre faktorer enn utdanning som ville gi utslag på forskjeller i motivasjonsstrategi. Det var mye likt mellom kjønnene, der mange temaer gikk igjen i begge gruppene, men i det store og det hele var svarene fra mennene mer samstemte enn svarene fra kvinnene. Det vil si, svarene fra mennene var ved flere anledninger ganske like, til forskjell fra kvinnene der det var større variasjon. Mennene svarte også stort sett kortere på spørsmålene, og nevnte ofte færre faktorer innen f.eks. motivasjon, mens kvinnene svarte lenger og nevnte flere faktorer.

3.5.1 Beskrivelse av egen lederstil

Under beskrivelse av lederstil var begge kjønnene opptatt av å være tydelig på forventninger, men samtidig gi rom for autonomi og selvstendig arbeid. Involvering i beslutningstaking, og å fungere som en veileder, gikk også igjen. Det som skilte gruppene var at kvinnene så ut til å være mer opptatt av viktigheten av relasjonsbygging, selv om noen av mennene også nevnte viktigheten av å skape et godt arbeidsmiljø. En av kvinnene uttalte for eksempel:

[...] jeg er opptatt av å kjenne de jeg er satt til å lede. Man kan ikke være tett på hele tiden, og når jeg kjenner de så har jeg tillit til at de gjør det de er satt til å gjøre.

3.5.2 Personlige motivasjonsfaktorer

Selv om flere kvinner enn menn nevnte relasjonsbygging på spørsmål om lederstil var det flere menn enn kvinner som nevnte gode relasjoner som viktig for egen motivasjon. En

snakket mye om at hvem man jobber med, og for, var blitt viktigere enn hva han gjorde på jobb, og en annen la mest vekt på samarbeid:

Jeg synes det er kjekt å samarbeide med andre. Det er stor forskjell på dager der man sitter alene på kontoret og dager der man har vært i et par møter.

Alle mennene oppga også det å jobbe for helsevesenet som motiverende, noe færre kvinner nevnte. Hos kvinnene var det stor variasjon innen personlige motivasjonsfaktorer. Som mennene la noen mest vekt på flinke medarbeidere, relasjonsbygging og å være en del av et viktig samfunnsoppdrag. Men til forskjell fra mennene la flere av kvinnene mer vekt på personlig utvikling, og å få spennende arbeidsoppgaver. En av dem svarte kort og konsist at det som motiverte henne var å få ting til. Flere kvinner nevnte også å finne gode løsninger og å utvikle organisasjonen de jobbet i. Tre av kvinnene snakket også om hva som var demotiverende på jobb:

- *Jeg trives veldig dårlig når jeg har lite å gjøre. Da blir jeg dysfunksjonell.*
- *Det som blir repetitivt, og daglig drift, det er jeg nok mindre flink til å være motivert til.*
- *Jeg kan ikke ha det kjedelig på jobb, jeg må ha litt motstand for å mobilisere.*

Disse observasjonene rundt egen motivasjon kan være med på å støtte flere av motivasjonsteoriene, for eksempel om indre motivasjon og Maslows (1943) behovspyramide der personlig utvikling blir lagt vekt på som viktig for motivasjon.

3.5.3 Hva motiverer de du leder?

De samme svarene og ulikhetene som ovenfor gikk igjen på spørsmål om hva som motiverer dem de leder. Begge gruppene la vekt på å gjøre noe viktig for samfunnet, å ha en meningsfull jobb, et godt arbeidsmiljø og at de fleste har en indre drive og en indre motivasjon. Som på spørsmålet over skilte kvinnene seg ut ved å i tillegg nevne personlig utvikling, mestring, spennende arbeidsoppgaver og det å levere kvalitet.

3.5.4 Hvordan motiverer du som leder?

Den mest interessante forskjellen mellom kjønnene var på spørsmål om hva de gjør for å motivere sine ansatte. Begge gruppene la vekt på det å se folk og bruke tid og anerkjenne både de flinkeste og de som sliter, men kvinnene gikk enda lenger ved å legge vekt på enkeltindividene. Mange av kvinnene understreket av folk motiveres av forskjellige ting, og at man derfor må tilpasse motivasjon til hver enkelt. De la også mer vekt på det å bli godt kjent slik at man har god oversikt over hva som motiverer hvem, og derfor kan delegere arbeidsoppgaver etter hvem de vil utfordre og motivere mest;

- *Det at folk får lov til å gjøre det som interesserer dem, det er forskjellig etter hvem de er. De har forskjellige mål og ønsker om hva de vil gjøre.*
- *Jeg har så pass mye dialog at de har muligheten til å utvikle seg, at jeg vet hva de trenger til enhver tid.*
- *Det er klart at det er forskjell på folk. Noen har lyst til å gjøre det som de er gode til, og gjøre det om igjen og om igjen. Og noen har lyst til å hele tiden lære og dytte seg selv litt mer, og få til større ting.*

Alle tre legger her vekt på at personlige interesser og en følelse av selvutvikling er viktig for motivasjon. Det siste sitatet viser også at en følelse av mestring kan oppnås på forskjellige måter, noen får mestringsfølelse av å gjøre det de er gode på, mens noen trenger å få til ting med økende vanskelighetsgrad.

Noen av kvinnene understreket også viktigheten av å fange opp når noen ikke lenger virker motivert i jobben sin, og å ta tak i dette, f.eks. ved å finne nye arbeidsoppgaver eller en ny jobb.

3.5.5 Kunnskap om motivasjonsteori

Under kunnskap om motivasjonsteorier var det store sprik i svarene, og kjønn i seg selv så ikke ut til å kunne forklare noen av forskjellene på svarene. Det som gikk igjen i begge gruppene var indre og ytre motivasjon, og troen på den indre motivasjonen.

3.5.6 Oppsummering av kjønnsforskjeller

Som nevnt tidligere var det mye likt mellom kjønnene, men gjennomgående at kvinnene svarte det samme som mennene men også nevnte flere faktorer på de fleste spørsmålene. Eksempler på det er hvordan flere kvinner nevnte hva som gjorde dem demotivert eller gjorde at de kjedet seg på jobb, og at de la mer vekt på personlig vekst og utfordringer som viktig for egen, og medarbeidernes, motivasjon. De største forskjellene var dog deres forskjellige tilnærming til relasjonsbygging og hvordan de motiverer sine ansatte. Begge gruppene nevnte relasjonsbygging som viktig, men på forskjellige måter. Mennene la vekt på relasjonsbygging som viktig for deres personlige motivasjon, mens kvinnene så ut til å se på relasjonsbygging mer som et verktøy som er en viktig del av deres lederstil og for motivering av deres ansatte.

Den andre store forskjellen var hvordan kvinnene la mer vekt på å tilpasse motivasjon til hver enkelt ansatt, noe som kan knyttes til deres vektlegging av relasjonsbygging.

4 Diskusjon

Formålet med denne studien er å undersøke om klinikere og økonomer har forskjellig syn på motivering av ansatte. Informantene ble derfor intervjuet om deres tanker rundt egen lederstil, personlige motivasjonsfaktorer, hva som motiverer deres ansatte, hvordan de motiverer sine ansatte og hva de kan om motivasjonsteorier. Spørsmålene spente altså videre enn selve problemstillingen, for å kartlegge synet deres på motivasjon fra flere vinkler. I dette kapittelet vil først de mest interessante funnene diskuteres, og deretter følger en diskusjon rundt kjønnsforskjellene.

4.1 Hovedfunn

De mest interessante enkeltfunnene i denne studien er klinikernes tydelige dedikasjon til faget sitt, at økonomer viser større ydmykhet rundt egen kunnskap enn klinikere, og at økonomene ser ut til å være mer bevisst sin egen rolle i sine ansattes motivasjon. Andre interessante funn er at begge gruppene var opptatt av å tilpasse motivasjon til hver enkelt ansatt, og at det kom frem forskjeller da intervjuene ble analysert på bakgrunn av kjønn.

Klinikernes dedikasjon til faget sitt kom frem ikke bare i svarene de ga, men også i måten de ordla seg på, og hvor engasjerte de ble da de snakket om sin egen, og ansattes, motivasjon. Pasientene, faget, å levere kvalitet, og å være en del av et viktig samfunnsoppdrag var viktige motivasjonsfaktorer. En studie gjort av Hertzberg *et al.* (2016) viste at leger mener faglig dedikasjon er viktig for å være en god lege, og at denne dedikasjonen gjør at de er villige til å strekke seg lenger i jobbsammenheng. Flere leger, spesielt litt eldre, intervjuet i studien uttalte for eksempel at å være lege er en livsstil, ikke et yrke, og at det forventes at man alltid gir det lille ekstra. Disse funnene kan settes sammen med Mintzbergs (1983) artikkel om det profesjonelle byråkratiet og Glouberman og Mintzbergs (2001) fire verdener i et sykehus, som tar opp det at klinikere, og spesielt leger, er lojale mot faget sitt. Forskjellen i dedikasjonen til helsevesenet mellom klinikerne og økonomene kan derfor muligens forklares ved denne nesten forventede dedikasjonen, og at lojaliteten til faget er veldig sterk. En annen faktor som kanskje forklarer noe av forskjellen i dedikasjon er at klinikerne har hatt hele sin yrkeskarriere i helsevesenet, mens alle økonomene i studien har jobbet i andre bransjer tidligere.

Mintzbergs (1983) artikkel om det profesjonelle byråkratiet tar altså opp hvor lojale klinikere er til faget sitt, men et annet viktig aspekt i artikkelen er at det profesjonelle byråkratiet, som et sykehus kan beskrives som, består av høyt utdannede spesialister i form av leger og sykepleiere. Disse spesialistene vet hva de skal gjøre når de er på jobb, de trenger ikke en sterk leder til å fortelle dem hva de skal gjøre, og de utvikler derfor høy autonomi.

Økonomene derimot har ikke denne sterke spesialistrollen i helsevesenet, og kan derfor ha problemer med å utøve ledelse overfor klinikere. Denne skeive maktbalansen kan muligens være med på å forklare hvorfor økonomene i denne studien var mye mer ydmyke rundt sine svakheter enn det klinikerne var.

Kan det tenkes at selvtilliten klinikerne utvikler som spesialister også gir dem selvtillit som ledere? En masteroppgave av Karina Vik (2010) som så på hvor viktig lederkompetanse er hos klinikere som går over i lederstillinger, kan være med på å støtte denne hypotesen. Studien hennes viste at selv om de fleste klinikerne hun intervjuet var enig i at de trengte mer ledertrening, så var de likevel selvsikre som ledere. Dette var noe som også kom tydelig frem i et av intervjuene gjort i min oppgave, der en kliniker med en høy lederstilling mente at han hadde nok oversikt til å kunne hjelpe de fleste yrkesgruppene han var leder for. Det kan tenkes, som i forskjeller i dedikasjon, at hvor lenge man har jobbet i helsevesenet kan være en medvirkende årsak. Det er likevel interessant at denne forskjellen i ydmykhet fantes mellom klinikere og økonomer som jobbet i ganske like lederstillinger.

En annen forskjell som kom frem mellom økonomene og klinikerne var at økonomene så ut til å være mer bevisst rundt deres mulighet til å påvirke ansattes motivasjon. Dette kom frem på spørsmål om hva som motiverer dem de leder, der økonomene la vekt på anerkjennelse, relasjonsbygging og et godt arbeidsmiljø, som er faktorer de kan påvirke, mens klinikerne la mer vekt på blant annet å jobbe med noe meningsfullt, og personlig utvikling. Det må understrekes at det var mange likheter mellom gruppene på dette spørsmålet, men det var en tendens til forskjell som er interessant å kommentere. Når man sammenligner hva gruppene mente motiverte deres ansatte, med hva de nevnte som personlige motivasjonsfaktorer, kan man se en sammenheng. Økonomene ble motivert av å jobbe på et sykehus, i likhet med klinikerne, men også her la de mer vekt på relasjoner og godt arbeidsmiljø enn det klinikerne gjorde. Det kan derfor tenkes at klinikerne ikke så på seg selv som viktige for deres ansattes motivasjon, fordi de ikke har vært bevisst på dette rundt egen motivasjon. Det er interessant

at på spørsmål om hvordan gruppene motiverte sine ansatte la både økonomer og klinikere stor vekt på relasjonsbygging og anerkjennelse. Kan dette tyde på at forskjellene i hva gruppene nevnte som motiverende for seg selv og sine ansatte kan knyttes til manglende lederkompetanse hos klinikerne? Karina Vik (2010) konkluderte med at det trengs mer lederkompetanse hos klinikere, og også i min studie vil det være en mulig konklusjon. Eller kan forskjellen forklares ved at det rett og slett er forskjell mellom økonomer og klinikere i hva som motiverer dem? Tar man utgangspunkt i det profesjonelle byråkratiet og de fire verdenene i et sykehus kan det tenkes at forskjellene grunner i klinikerens dedikasjon til faget og i forskjellen i hvor gruppenes lojalitet ligger.

Selv om klinikerne og økonomene altså hadde noen forskjeller i sitt syn på sine ansattes, og egen, motivasjon, var det mange likheter i hvordan de motiverer sine ansatte. Begge gruppene la vekt på å tilpasse motivasjonen til hver enkelt ansatt, og mente det var viktig å delegere ansvar, inkludere dem i beslutningstaking og gi handlingsrom. Disse måtene å motivere ansatte på kan knyttes til mange motivasjonsteorier.

Manion (2005) delte den indre motivasjonen inn i fem kategorier på arbeidsplassen; gode relasjoner, meningsfullt arbeid, kompetansebygging, deltagelse i beslutningstaking, og personlig utvikling. Fokus på gode relasjoner og meningsfullt arbeid ble nevnt hos både klinikere og økonomer, som sett i forrige avsnitt, der gode relasjoner var dominerende blant økonomene og meningsfullt arbeid dominerte hos klinikerne. Kompetansebygging ble det lagt mindre vekt på, men kan kanskje knyttes opp mot personlig utvikling, da man kan lære av å bli utfordret og bli gitt mer ansvar. Flere økonomer og klinikere nevnte viktigheten av å motivere sine ansatte til å ta på seg vanskeligere oppgaver, gi utfordringer og handlingsrom, som gir mulighet til å utvikle seg. Deltagelse i beslutningstaking var også noe begge gruppene la vekt på. Ut ifra dette kan man si at begge grupper heller mot en motivasjonsstil basert på indre motivasjonsfaktorer.

Videre kan man trekke linjer til transformasjonsledelse, der man i likhet med gruppenes motivasjonsstrategi legger vekt på å stimulere folk til å jobbe selvstendig og finne ut av ting på egenhånd, og å gi rom for personlig vekst og utvikling. Flere i begge grupper snakket også om det å informere sine ansatte om hva som foregår i organisasjonen for å finne en felles visjon, noe som også er en viktig komponent i transformasjonsledelse. Transaksjonsledelse, på den andre siden, preges av et mer upersonlig forhold mellom leder og ansatte. Der knyttes

motivasjonsstrategien til ytre motivasjonsfaktorer, ved at man for eksempel får en pengepremie, eller annen premie, for et oppnådd mål. Denne typen motivasjon var det lite av blant gruppene, bortsett fra den ene kliniker som premierte sine ansatte ved noen anledninger. Dette kan ha med å gjøre at hun var den eneste informanten som jobbet i privat sektor, der man kanskje har mer penger til rådighet, eller er mer vant til å jobbe med denne type belønninger. Bortsett fra denne typen premiering dog, var hennes motivasjonsstrategi tilnærmet lik de andres.

4.2 Kjønnforskjeller

Selv om denne studien fokuserer på forskjeller mellom økonomer og klinikere, så var det noen interessante kjønnforskjeller som kom frem og som bør kommenteres. Den gjennomgående forskjellen var at kvinnene så ut til å legge mer vekt på enkeltindividet, både i hvordan de vektla personlig vekst, og i hvordan de fokuserte på å tilpasse motivasjonen til hver enkelt ansatt. Mennene la også vekt på relasjoner, men så ut til å se på gode relasjoner som viktig for egen motivasjon, mens kvinnene så på relasjonsbygging mer som et verktøy for å oppnå personlig vekst. En måte å tolke dette på kan være å sammenligne med Maslows (1943) behovspyramide. Mennenes forhold til relasjonsbygging kan knyttes til trinn nummer 3, behovet for kjærlighet, fordi gode relasjoner gir trivsel på jobb, og til trinn nummer 2, behovet for selvtillit, fordi det er motiverende å føle at man blir satt pris på. For kvinnene kan man i tillegg trekke linjer til det øverste trinnet på pyramiden, behovet for selvrealisering, fordi de la mer vekt på personlig vekst og utvikling. En studie gjort av Eagly og Johannesen-Schmidt (2001) som så på forskjeller i lederstil mellom kvinner og menn konkluderte med at kvinners lederstil var mer transformasjonell enn menns, blant annet fordi de fokuserer mer på enkeltindividet, noe som passer med observasjonene gjort i denne studien.

Et annet interessant funn blant kjønnene var at tre av kvinnene tok opp hva som gjør dem demotivert på jobb, for eksempel å jobbe med driftsoppgaver eller å ha lite å gjøre. Det de sa viste viktigheten av å bli utfordret og å ha noe å strekke seg etter for å holde motivasjonen oppe, og kan derfor knyttes til indre motivasjonsfaktorer og de to øverste trinnene i Maslows (1943) behovspyramide.

5 Konklusjon

Hovedmålet med denne studien var å undersøke om klinikere og økonomer har forskjellig syn på hvordan man bør motivere ansatte. Noen forskjeller mellom gruppene dukket opp; Klinikerne viste en tydelig dedikasjon til faget, og et stort engasjement rundt det å jobbe i helsevesenet, mens økonomene viste en større ydmykhet rundt egen kunnskap enn det klinikerne gjorde. Det var også noen forskjeller i hva gruppene vektla som viktig for egen motivasjon, og bevisstheten rundt egen påvirkning på ansattes motivasjon. Men, selv om noen forskjeller mellom gruppene dukket opp, var tankene og bevisstheten rundt motivasjon, og tilnærmingen deres til motivering av ansatte, ganske lik. Begge gruppene la vekt på å tilpasse motivering til hver enkelt ansatt, og de påpekte begge viktigheten av å gi handlingsrom og autonomi. Lederstilen til begge gruppene kan derfor sies å helle mot transformasjonsledelse, der indre motivasjon og å se enkeltindividet står sterkt. Selv om økonomene hadde mer kunnskap om motivasjonsteorier, så var tankene rundt motivasjon ganske like hos klinikere og økonomer.

Det er flere temaer fra denne studien som kunne vært interessant til videre forskning. For eksempel kunne en større studie med flere informanter blitt gjennomført for å undersøke om forskjellene og likhetene som er funnet kan generaliseres. Videre kunne det vært interessant å undersøke om ansatte ved norske sykehus merker forskjell på ledere med forskjellig utdanningsbakgrunn – altså utføre studien fra ansattes perspektiv. Kjønnsforskjellene som ble funnet i denne studien kunne også vært et spennende tema å undersøke grundigere.

Litteraturliste

Berg, O. (1996) 'Meta-medicine: the rise and fall of the doctor as leader and manager', i Larsen, Ø. og Olsen, B.O. (Red.) *The shaping of a profession: physicians in Norway, past and present*. Massachusetts: Science History Publications, s.431-443.

D'Aunno, T. A. & Gilmartin, M. J. (2012) 'Motivating people at work', i Burns, L. R., Bradley, E. H. & Weiner, B. J., *Shortell & Kaluzny's health care management. Organization, design & behavior*. 6. utg. New York: Delmar Cengage Learning, s.90-116.

Eagly, A. H. & Johannesen-Schmidt, M. C. (2001) 'The leadership styles of women and men', *Journal of Social Issues*, 57(4), s.781-797.

Eriksson, P. & Kovalainen, A. (2008) *Qualitative methods in business research*. London: Sage Publications.

Everett, E. L. & Furseth, I. (2016) *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre*. 3. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Flick, U. (2014) *Introduction to Qualitative Research*. 5. utg. London: Sage Publications.

Frixou, G. & Charalambous, G. (2016) 'Human resources assessment as a component of effective management- implications for the health sector', *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), s.358-363.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001) 'Managing the care of health and the cure of disease – Part 1: Differentiation', *Health Care Management Review*, 26(1), s.56-69.

Hertzberg, T. *et al.* (2016) 'Den gode legen – sterk og utholdende', *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, 136(19), s.1631-1634.

Herzberg, F. (1987) 'One more time: How do you motivate employees?', *Harvard Business Review*, 65(5), s.109.

Hovland, B. I. *et al.* (2009) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM).

Huselid, M. A. (1995) 'The impact of human resource management practices on turnover, productivity and corporate financial performance', *Academy of Management Journal*, 38(3), s.635-672.

Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2012) *Qualitative research methods in organisation studies*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kendrick, J. (2011) 'Transformational leadership', *Professional Safety*, 56(11), s.14.

Manion, J. (2005) *From management to leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Maslow, A. (1943) 'A theory of human motivation', *Psychological Review*, 50(4), s.370-396.

McGregor, D. (1960) *The Human Side of Enterprise*. New York: McGraw-Hill.

Mintzberg, H. (1983) *Structure in fives: designing effective organizations*. New Jersey: Prentice-Hall, s.189-213.

Morrissey, J. (2004) 'Dr. Intimidation: Surly prescribers increase risk of errors: Survey', *Modern Healthcare*, 34(14), s.10.

Porter, L. W. (1987) *Motivation and work behavior*. New York: McGraw-Hill.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000a) 'Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions', *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), s.54-67.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000b) 'The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior', *Psychological Inquiry*, 11(4), s.227-268.

Shanks, N. (2007) 'Management and motivation', i Buchbinder, S. B. & Shanks, N., *Introduction to health care management*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, s.23-35.

Skinner, B. F. (1957) *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Spehar, I. & Kjekshus, L. E. (2012) 'Medical management in Norwegian hospitals', *Professions & Professionalism*, 2(1), s.42-59.

Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Teigen, K. H. (2017) 'Abraham Maslow', *Store norske leksikon*. Hentet 5. mai 2018 fra https://snl.no/Abraham_Maslow

Teigen, K. H. (2016) 'Motivasjon', *Store norske leksikon*. Hentet 1. mai 2018 fra <https://snl.no/motivasjon>

Tjora, A. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg. Oslo: Gyldendal

Van Basten, E. N. (2014) 'The history of quantification and objectivity in the social sciences', *Social Cosmos*, 5(1), s.8-14.

Vik, K. (2010) *Clinicians as leaders: How important are leadership competencies for leadership performance? (Masteroppgave)*. School of Management: Blekinge Tekniska Högskola.

You-De, D. *et al.* (2013) 'Transformational vs transactional leadership: which is better?: A study on employees of international tourist hotels in Taipei City', *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 25(5), s.760-778.

Vedlegg / Appendiks

Intervjuguide

Bakgrunnsspørsmål

- Aldersgruppe – Hvor gammel er du?
- Fagbakgrunn – kliniker eller økonom – Fortell om utdannelsen din.
- Stillingsnivå/tittel – Hva heter stillingen din og hvilket stillingsnivå er du på?
- Hva jobber du med /gjør på jobb/hvem leder du?
- Hvor lenge har du jobbet som leder, hatt en ledelsesstilling?

Hoveddel

- Beskriv din ledelsesstil, hvordan leder du?
- Kan du fortelle om hva som motiverer deg?
- Hva motiverer dine ansatte?
- Hvordan motiverer du dine ansatte?

Diskusjon/Oppfølgingsspørsmål

- Intervjuobjektets generelle tanker rundt motivasjon
 - o Hva vet du om motivasjonsteori?/Hvilke motivasjonsteorier vet du om?
 - o Hvilke teorier liker du/er du enig i?
- Eventuelle andre oppfølgingsspørsmål

Avslutning

- Er det noe du vil legge til før vi avslutter?
- Har du noen tips?

Samtykkeskjema

Bergen, 15.01.18

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet *Helselederen som motivator*

Bakgrunn og formål

Formålet med oppgaven er å undersøke om hvilken type utdanning en leder har, har noe å si for personens ledelsesstil, og herunder hvilken type motivasjonsstil man heller mot. Er det forskjell på en leder med medisinsk bakgrunn kontra en med økonomisk bakgrunn? Foreløpig problemstilling: *Er det forskjell på motivasjonsstrategi mellom ledere med klinisk bakgrunn, og ledere med utdanning innen økonomi og ledelse, i helsevesenet?*

Dette er en masteroppgave ved Universitetet i Oslo, avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Utvalget er funnet via nettverk, snøballeffekten og strategisk sampling.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Ett intervju på ca. en time. Spørsmålene vil omhandle ledelsesstil og tanker rundt motivering av dem man er leder for. Data registreres via lydopptak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun studenten, Ulrikke Fredriksen Ullestad, og veileder Helge Skirbekk, vil ha tilgang til opplysningene. Det vil ikke lagres direkte personopplysninger bortsett fra en liste med e-postadresser som vil lagres adskilt fra øvrige data i et låsbart skap. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.18. Alle personopplysninger og opptak vil bli destruert.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med
Student: Ulrikke Fredriksen Ullestad, tlf. 93 89 68 90.
Veileder: Helge Skirbekk, tlf. 92 80 02 61.

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

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Godkjenning fra NSD



Helge Skirbekk
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 17.01.2018

Vår ref: 58268 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.01.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>58268</i>	<i>The Health Care Manager as a Motivator</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Helge Skirbekk</i>
<i>Student</i>	<i>Ulrikke Ullestad</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Oslo sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Sri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Sri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Sri.Myklebust@nsd.no