

# Kampen om kompetansen

En studie om motivasjon for å rekruttere og beholde legespesialister i sykehus

CAMILLA VERONICA JOHANNESSEN

VEILEDER

Professor Laila Nordstrand Berg

**Universitetet i Agder, 2023**

Fakultet for Samfunnsvitenskap

Institutt for Statsvitenskap og forskning

## Forord

Gjennom masterforløpet i ledelse ved Universitetet i Agder har jeg møtt kunnskapsrike forelesere og interesserte medstudenter. Dette har gitt meg spennende faglig input, god innsikt og innblikk fra erfaringer i ulike arbeidshverdager. Samlet har dette utvidet min kompetanse i forbindelse med ledelse i offentlig sektor.

Masteroppgaven var noe jeg hadde sett frem til å begynne på lenge og ideene om hva jeg skulle skrive om endret seg etter hvert som de ulike semestrene ga meg mer kunnskap. Tiden har jammen gått fort og denne oppgaven markerer at masterforløpet i ledelse på 4.5 år nærmer seg slutten.

Studietiden har bidratt til økt refleksjon, bredere forståelse for de ulike prosesser og ikke minst stor interesse for å undersøke nærmere det høyaktuelle temaet: hvordan rekruttere og beholde legespesialister i sykehus.

Prosesen med studien har vært krevende på flere måter, men mest av alt spennende og lærerik.

Underveis i arbeidet har jeg fått utfordret mine antagelser, hvilket jeg tenker har ført til en dypere forståelse for rekruttering og viktigheten av motivasjon i den konteksten jeg har studert.

Jeg vil takke mine deltagere for å ta seg tid til å stille til intervjuer, dele nyttige og innsiktsfulle nyanser på temaet og refleksjoner fra deres arbeidshverdag.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Laila Nordstrand Berg for all innsikt, engasjement, hjelp til å sette alt i perspektiv og å finne den berømte røde tråden.

Avslutningsvis vil jeg takke min sønn William og mine nære & kjære for 4,5 år med tålmodighet, at jeg har fått tid til å lese til eksamener og jobbe med oppgaven i en overkant hektisk hverdag, og ikke minst ha tiltro til at jeg omsider ville komme i mål med studien.

Tusen takk, uten dere hadde jeg aldri kommet dit jeg er i dag.

*Camilla*

## Sammendrag

Bakgrunn og formål: Kampen om kompetansen viser seg gjeldene i store deler av det offentlige helsevesenet. Hensikten med denne masteravhandlingen er å se nærmere hva som motiverer for å rekruttere og beholde legespesialister i sykehus.

Problemstilling: *Hvilke motivasjonsfaktorer vektlegges ved rekruttering av LIS-leger og for å beholde legespesialister i sykehus?*

Metode: Jeg har valgt en kvalitativ vinkling på besvarelsen ettersom dette gir en dypere forståelse av fenomenet. Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg sett på aktuell forskning på temaet og valgt å gjennomføre semistrukturerte intervjuer av 6 deltagere. Deltagergruppen er Lis-leger og legespesialister, begge kjønn, med og uten tilknytning til landsdelen de jobber i.

Resultat og konklusjon: Motivasjonsfaktorene som Lis-legene og legespesialistene vektlegger mest omhandler felleskapet blant kollegene (arbeidsmiljøet) og fagmiljøet, samt faglig utvikling. I tillegg fremkom det at motivasjonen for å søke seg til de ulike foretakene omhandlet tilknytning til distriktene eller familiære forhold. Lønn var for de fleste ikke utslagsgivende, men alle deltagerne opplever at det er u hensiktsmessig i forhold til rekruttering at man ikke kan påvirke lønn. Begrepet anerkjennelse fremmes i relasjon til nær alle temaer. Det å ha opplevelsen av respekt, bli sett og verdsatt for sin kompetanse er en viktig motivasjonsfaktor hos alle deltagerne. Noen av deltagerne assosierer anerkjennelse direkte med lønn, mens andre omtaler anerkjennelse som en mer samlebetegnelse for ulike elementer som fører til trivsel og derav nærer motivasjonen hos lis-leger og legespesialister for å jobbe i sykehus.

Nøkkelord: Motivasjon, Rekruttering, beholde, legespesialister, leger, spesialisthelsetjenesten

## Abstract

Background and purpose: The battle for competence is evident in large parts of the public healthcare system. The purpose of this master's thesis is to take a closer look at what motivates the recruitment and retention of medical specialists in hospitals.

Issue: *Which motivational factors are emphasized when recruiting LIS-doctors and to retain medical specialists in hospitals?*

Method: I have chosen a qualitative approach to the answer as this gives a deeper understanding of the phenomenon. Through the work on the thesis, I have looked at current research on the topic and chosen to conduct semi-structured interviews with 6 participants. The participant group is LIS-doctors (doctor in specialization) and medical specialists, both sexes, with and without connection to the part of the country in which they work.

Result and conclusion: The motivational factors that the LIS-doctors and medical specialists emphasize most relate to the community among colleagues (the working environment) and the professional environment, as well as professional development. In addition, it emerged that the motivation for applying to the various enterprises dealt with connections to the districts or family relationships. Salary was not decisive for most, but all the participants feel that it is inappropriate in relation to recruitment that you cannot influence salary. The concept of recognition is promoted in relation to almost all topics. Having the experience of respect, being seen and valued for one's competence is an important motivational factor for all participants. Some of the participants associate recognition directly with salary, while others refer to recognition as a more general term for various elements that lead to well-being and therefore feed the motivation of LIS-doctors and medical specialists to work in hospitals.

Keywords: Motivation, Recruitment, retention, medical specialists, doctors, the specialist health service.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 Innledning og presentasjon av problemstilling</b> .....	<b>7</b>
1.1 Rekruttering i norsk helsevesen .....	8
1.2 Behov for spesialisert kompetanse i fremtiden .....	10
1.3 Tidligere forskningen på feltet .....	12
1.3.1 Rekruttering .....	13
1.3.2 Motivasjon .....	14
1.3.3 Legenes motivasjon for valg av spesialisering .....	15
1.3.4 Annen relevant forskning .....	16
1.3.5 Oppsummering av kunnskapsstatus .....	18
1.4 Min motivasjon for oppgaven .....	19
1.5 Struktur på oppgaven .....	20
<b>2.0 Kontekstuelle forhold</b> .....	<b>21</b>
2.1 Organisering av helsetjenestene .....	21
2.2 Lovverk som regulerer sektoren.....	22
2.3 Sykehus som fagbyråkrati .....	23
2.4 Utvikling av legerollen.....	24

2.5	Rekruttering i fagbyråkrati .....	26
2.6	Strategiplan 2021-2024 .....	27
<b>3.0</b>	<b>Teoretisk rammeverk .....</b>	<b>30</b>
3.1	Motivasjonsteori.....	30
3.1.1	Ytre motivasjon og indre motivasjon.....	31
3.2	Selvbestemmelsesteorien - Selve grunnpilaren i motivasjon .....	33
3.2.1	Grunnleggende behov for autonomi .....	33
3.2.2	Grunnleggende behov for tilhørighet.....	34
3.2.3	Grunnleggende behov for kompetanse .....	35
<b>4.0</b>	<b>Design og Metode .....</b>	<b>38</b>
4.1	Forskningsdesign og metodetilnærming .....	38
4.3	Strategisk utvalg.....	40
4.4	Utarbeidelse av intervjuguide.....	41
4.5	Gjennomføring av semistrukturert intervju.....	41
4.2	Analyse.....	42
4.6	Reliabilitet, Validitet og Generalisering.....	43
4.7	Forskningsetiske aspekter .....	44
<b>5.0</b>	<b>Presentasjon og drøfting av empiriske funn.....</b>	<b>47</b>
5.1	Motivasjon; indre og ytre motivasjonsfaktorer .....	47
5.1.1	Oppsummering og besvarelse av forskningsspørsmål.....	57
5.2	Selvbestemmelsesteorien .....	59

5.2.1	Legespesialistenes behov for autonomi .....	60
5.2.2	Legespesialistenes behov for tilhørighet.....	65
5.2.3	Legespesialistenes behov for kompetanse .....	70
5.2.4	Oppsummering og besvarelse av forskningsspørsmål.....	72
<b>6.0</b>	<b>Oppsummerende konklusjoner .....</b>	<b>74</b>
6.1	Hvilken betydning har elementer knyttet til ytre og indre motivasjon for LIS-legene og legespesialistenes motivasjon for å jobbe i sykehus? .....	74
6.2	Hvordan kan opplevelse av de tre grunnleggende behovene autonomi, tilhørighet og kompetanse påvirke LIS-legene og legespesialistenes motivasjon for å jobbe i.....	77
6.3	Hovedkonklusjon og anbefaling til sektoren.....	81
6.4	Teoretisk bidrag og forslag til videre forskning.....	83
	<b>Referanser.....</b>	<b>85</b>
	<b>Vedlegg til studien.....</b>	<b>91</b>

## 1.0 Innledning og presentasjon av problemstilling

Spesialisert helsehjelp setter krav til profesjoner med autorisasjon til å utføre tjenestene. Fokus i denne oppgaven er på en av de mest sentrale profesjonene knyttet til den spesialiserte helsehjelpen: legeprofesjonen og de nyutdannede legene, LIS-leger. Betegnelsen «LIS-lege» (tidligere kalt assistentlege) indikerer at dette er leger som er ferdig med medisinstudiet, turnusperioden er fullført og de er i gang med et forløp for å spesialisere seg til å bli legespesialister. Som legespesialist er de kvalifisert til å søke overlegestilling. En kritisk faktor for at sykehusene skal kunne fylle sitt mandat om å gi spesialisert helsehjelp til Norges befolkning (Grimsø, 2004, s. 55) er at de klarer dette med å rekruttere og beholde legespesialistene.

Det har skjedd store endringer i legerollen, spesielt fra midten av 70-årene, med mere oppdeling i spesialiteter og mer samarbeid knyttet til pasienter, så vel som andre yrkesgrupper og samarbeidspartnere (Berg, 2022). Dette kan også bidra til at rekruttering blir krevende, da man skal søke etter leger som har interesse og kvalifikasjoner knyttet til de spesialiseringer som er på aktuelt sykehus. Dagens leger tar også mere hensyn til livsstil og familie enn det som tradisjonelt var vanlig (Aasland, Røvik, & Wiers-Jenssen, 2008) og det kan også gjøre rekruttering utfordrende. Det skal finnes jobb til en eventuell partner, barnehage, skoler og fritidstilbud i distriktet som kan passe for søkerne. Lønnbasert rekruttering er heller ikke alltid trekkplasteret som skal til for at man får «rett søker til rett stilling». Dette argumentet underbygges av en dansk undersøkelse gjort blant medisinstudentene og som peker på at lønn og lav vaktbelastning var blant de faktorene som hadde lavest betydning. Det som ble rangert høyest var det kliniske arbeidet og fagmiljø i tilknytning til valg av spesialitet (Holm-Pedersen, Hansen, & Vinge, 2006).



Min studie vil se på hva som motiverer de nyutdannede legene til å søke seg til spesialisering ved helseforetak, samt hva som ligger til grunn for beslutningen om å forbli eller forlate organisasjonen etter endt spesialistforløp. På bakgrunn av dette så stilles følgende problemstilling:

*Hvilke motivasjonsfaktorer vektlegges ved rekruttering av LIS-leger og for å beholde legespesialister i sykehus?*

Formålet med denne oppgaven er å avdekke hva som motiverer mest og hvilke faktorer legene selv opplever å hemme motivasjonen for å jobbe innad i sykehus. Dette temaet har høy relevans og funnene fra studien kan være av stor interesse for offentlig helsevesen – uavhengig om det er spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Gjennom denne studien kan det avdekkes hva legespesialistene selv opplever motiverende eller demotiverende med å jobbe innad i sykehus. Resultatene fra studien vil kunne øke innsikten og dermed mulighetene for å utvikle nye strategier for å kunne gi legene en arbeidshverdag som motiverer til å forbli. Et slikt utfall vil komme hele samfunnet til gode.

## **1.1 Rekruttering i norsk helsevesen**

Ordet *rekruttering* kommer fra det franske ordet *recrute*. Begrepet var opprinnelig et militært begrep som betegnet å anskaffe militære forsterkninger, men begrepet har en mere allmenn betydning i dag. Betegnelsen kjennes best som hvordan organisasjonen anskaffer, tar vare på og utvikler sine ansatte (Irgens, 2014, s. 15). Rekruttering er derav en sentral del av virksomhetens strategi for drift og ansettelse av nye kvalifiserte arbeidstakere blir i denne forbindelse en av de viktigste oppgavene ledelsen står ovenfor i sin arbeidshverdag (Lai, 2013, s. 83). Dette er en pågående prosess i alle deler

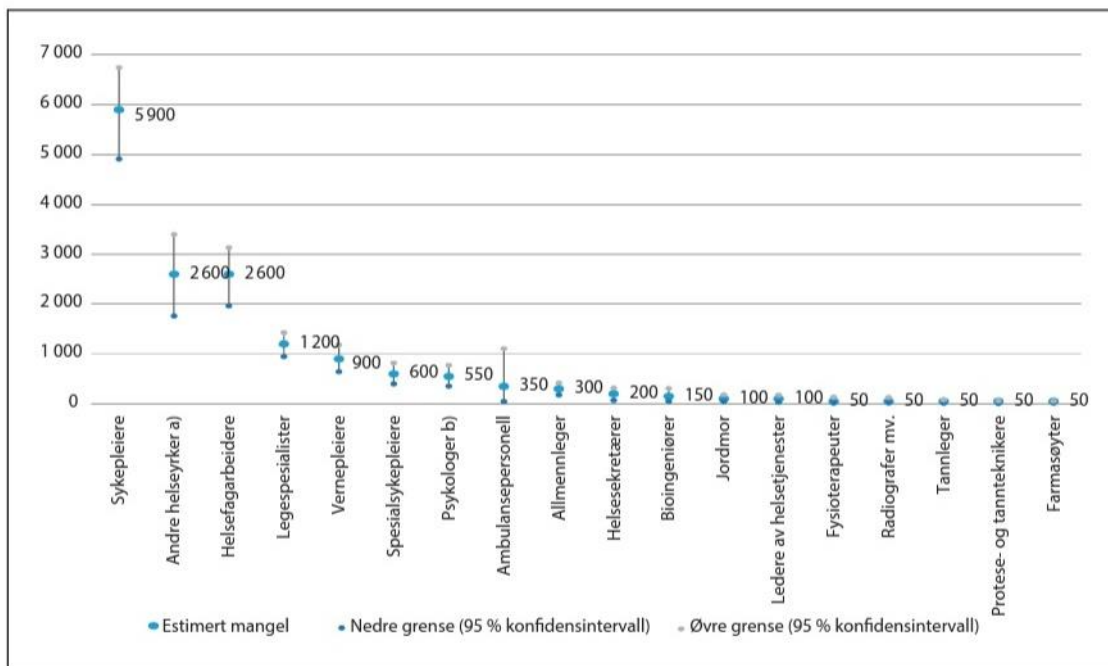
av helsesektoren for å kunne tilby spesialiserte tjenester til innbyggerne, samt ivareta driften på en effektiv og forsvarlig måte. Dette underbygges av Lai (2013, s. 59 og 83) som beskriver at rekruttering er en stor prosess med mål om å ansette kvalifiserte medarbeidere som kan bidra til å gjøre organisasjoner mere effektive, skape utvikling og lønnsomhet.

Helse-Norge har et kontinuerlig behov for tilgang til kvalifisert personell og helsepersonellkommisjonen (2023) påpeker at spesialisthelsetjenesten har rekrutteringsutfordringer knyttet til personell med spesialisert kompetanse, både innen sykepleier- og legegruppen. Det presiseres videre at disse utfordringene er ytterligere forsterket i distrikt Norge. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2020) publiserte et notat som omhandlet at å rekruttere og beholde helsepersonell i distriktene er en kompleks utfordring, både innenfor og utenfor våre landegrenser (Abelsen, Gaski, & Fosse, 2020). Det underbygges i boka «Innovative kommuner» at distriktskommuner alltid har hatt større vansker med å besette kvalifisert personell i sine stillinger enn de kommunene som er mere sentraliserte (Ringholm, 2013, s. 105). Siden helse og omsorgstjenestene i Norge har et kontinuerlig behov for kvalifisert personell, medfører dette at de til enhver tid jobber med å rekruttere, beholde og videreutvikle den tilgjengelige arbeidskraften (Jakobsen, 2022). Rekruttering av kvalifisert personell er et høyaktuelt tema og ble virkelig satt på agendaen i nyhetsbildet under pandemien. Da var fokuset for det meste på mangelen av intensivsykepleiere og konsekvenser i forhold til at søkermassen til sykepleier grunnutdanning hadde en nedgang på 23 % ved siste samordnet opptak (Reppen & Dolonen, 2022).

Offentlig helsevesen reguleres av lov om spesialisthelsetjenester (2001) og mangel på spesialist som er ansvarlig for behandlingen får store konsekvenser både for tilbudet og for pasientene. Gjennom studien ønsker jeg å se nærmere på hva som vektlegges ved rekruttering og hva som motiverer til å beholde kvalifisert personell, fra legespesialistenes og LIS-legenes ståsted.

## 1.2 Behov for spesialisert kompetanse i fremtiden

Behovet for arbeidskraft i helse og omsorgstjenesten er økende, særlig gjelder dette tilgang til spesialisert kompetanse innenfor lege- og sykepleiergruppene (Næss, 2005). Årlig gjennomføre NAV (2023) en kartlegging av etterspørsel og mangel på arbeidskraft gjennom bedriftsundersøkelser. I 2022 estimerte NAV denne mangelen som betydelig i helse og omsorgssektoren, deriblant mangel på 1200 legespesialister på landsbasis:



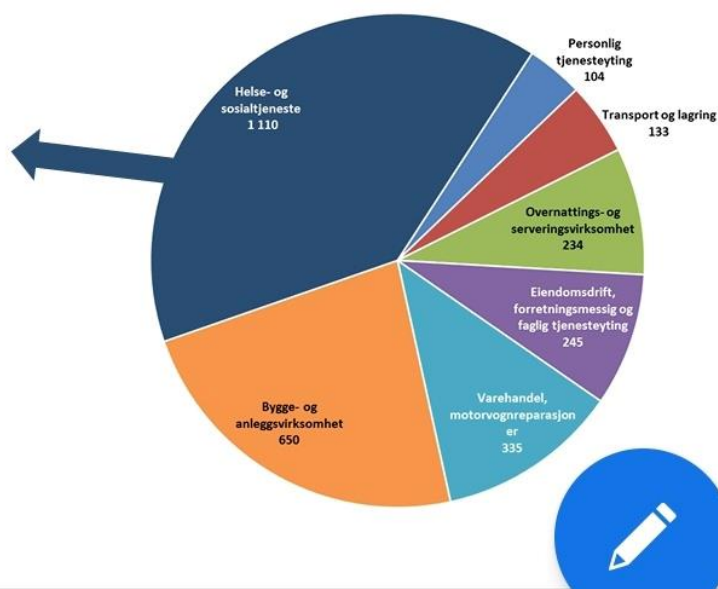
Figur1: estimert mangel på arbeidskraft i helsevesenet (Helsepersonellkommissjonen, 2023).

Legeforeningen har jobbet hardt for å øke antall LIS-stillinger og statsbudsjettet for 2021 ble det satt av hele 26,5 millioner kroner for å etablere 100 nye LIS-stillinger for å sikre at flere spesialister ble utdannet årlig (Baugstø, 2020). I 2024 skal antallet ytterligere økes med 66 nye stillinger (Rime, 2023).

I den nylige utgitte NOU rapporten «Tid for handling» (2023) kommer det frem at spesialisthelsetjenestens rekrutteringsutfordringer i forhold til legespesialister varierer i de ulike landsdelene, men det påpekes at utfordringene er størst i Helse-Nord RHF og andre mindre sykehus. Det arbeides med dette i de ulike regioner og eksempelvis Regionplan Agder 2020 satte ambisiøse mål: Agder skal blant annet skal tiltrekke seg kompetente og høyt utdannede personer til regionen, samtidig som at befolkningen skal kunne utvikle ferdigheter og kunnskaper som gjør det attraktivt for dem å bli i regionen, for å bidra til samfunnsutviklingen (Hauge, 2015).

## Helse og sosialtjeneste - mangel på arbeidskraft

- Sykepleiere - 400
- Andre helseyrker – 325
- Ambulansepersonell – 75
- Legespesialister – 75
- Helsefagarbeidere – 50
- Spesialsykepleiere – 50
- Vernepleiere – 50
- Helsesekretærer – 25



// NAV

Tabell 2: Ifølge NAV's årlige rapport skisserer dette bildet mangelen i helse og omsorgssektoren i Agder i 2022, deriblant 75 legespesialister (Jakobsen, 2022).

Helsepersonellkommissjonen (2023) gir en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av økende behov for helsepersonell og kompetanse for å kunne ivareta en bærekraftig og sammenhengende helse og omsorgstjeneste frem mot året 2040. De viser til rekrutteringsutfordringer i helse-Norge, både innen spesialisthelsetjenesten såvel som i kommunehelsetjenesten.

Kommisjonen viser gjennom rapporten til effekten av konkrete tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kritisk personell i distriktene; utdannelsesrelaterte tiltak hvor man prioriterer studenter fra utkantstrøk og at utdanningsstillinger eller bruk av deltidsstillinger under utdanningen som kan føre til at flere blir værende etter endt utdanning. Personlige og profesjonelle støttetiltak som eksempelvis tidlig valg av turnustjeneste i distriktene til motvekt for tilfeldig trekning av turnusplass og søkelys på bedre arbeidstider med tilgang til vikarlege og utdanningsmuligheter for legenes barn beskrives å direkte økte mulighetene for at legene forble i distriktene. Regulatoriske tiltak som innebærer plikttjeneste i distriktene i bytte mot muligheten til spesialiseringsforløp, økte ikke tendensen til at legene forble etter endt pliktår. Økonomiske intensiver har varierende grad av effekt, dog viser de til det kan være mere effektivt i fht å rekruttere nye leger enn å beholde leger. De konkludere med at muligheter for utdanning virker mest effektivt og derfor bør styrkes, samt at de presiserer at tvangslignende tiltak bør unngås (Helsepersonellkommissjonen, 2023).

### **1.3 Tidligere forskningen på feltet**

For å danne meg et bilde av dagens kunnskap knyttet til tema for oppgaven benyttet jeg hovedsakelig søkemotorene Google scholar, Oria og Idunn. Søkeordene jeg brukte var: rekruttering, offentlig sektor, spesialister, leger, LIS-leger, legedekning, behov for kompetanse i fremtiden, motivasjon, kompetansemobilisering, valg av spesialitet og å beholde spesialister. Disse søkeordene og sammen med flere andre søkeord ble også benyttet i ulike kombinasjoner.

I denne delen vil det redegjøres for kunnskapsstatusen på temaene rekruttering og motivasjon hos kunnskapsarbeidere gjennom å se nærmere på faktorer man vet påvirker både rekruttering og motivasjon på arbeidsplassen. Etter en gjennomgang av statusen på kunnskap har jeg valgt å presentere aktuelle artikler som jeg anser av relevans for min studie.

### 1.3.1 Rekruttering

Recruit and Retain (2020) et internasjonalt samarbeid for rekruttering og stabilisering av kvalifisert personell til distriktene og det er utviklet et rammeverk som innebefatter hvordan man systematisk jobber med rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distriktene gjennom å planlegge, rekruttere og beholde. Planlegge - innebærer aktiviteter som kan gjøres lokalt, regionalt eller på nasjonalt nivå. Dette for å sikre at befolkningens behov blir vurdert regelmessig, slik at tjenestemodellene er hensiktsmessige og at de riktige menneskene med rett kompetanse blir rekruttert til de aktuelle lokale tjenestene. Rekruttere - innebærer aktiviteter som vanligvis legges til et lokalt nivå. Det må sikres at de som rekrutteres, får den støtten og informasjonen som trengs for å gjøre det store valget det er å flytte til en ny kommune eller landsdel. Herunder må det også sikres at de og familiene deres føler seg velkommen og blir implementert inn i lokalsamfunnet. Beholde omfatter aktiviteter som er nødvendig for å gi den støtten som trengs for å sikre at nåværende og fremtidige fagfolk har karrieremuligheter i distriktene og at mulighetene oppleves som positive (Abelsen, Gaski, & Fosse, 2020). Forskningsresultatet fra Verma, Ford, Howe, Everington og Steel (2016) viser at selv om evidensgrunnlaget for å rekruttere og beholde primærleger er svakt og mer høykvalitets forskning er nødvendig- Allikevel fant de det bevist at det har effekt med plasseringer i distriktene og at selektiv rekruttering av medisinstudenter fra de aktuelle distriktene bidro til at flere ønsket å forbli i distriktene. De slo også fast at de andre initiativene innehar potensial til å forbedre rekruttering og bidrar til å stabilisere mangelen på kvalifisert helsepersonell.

I dagens helsevesen er nesten alltid legene spesialister og det tenkes at nettopp denne spesialiteten er avgjørende for legeidentiteten og kan påvirke rekrutteringen direkte ettersom rekruttering til fagområder med høy status går lettere (Aasland, Røvik, & Wiers-Jenssen, 2008). Dette vil påvirke rekrutteringen til de sykehusene som ikke innehar fagområder med høy status og dessverre ser man

at flere av distriktsykehusene mister noen akutfunksjoner grunnet vedvarende spesialistmangel (Olsen & Bierud, 2023).

Aasland, Rørvik og Wiers-Jenssen (2008) har utgitt en artikkel med funn fra studier gjort i to landsomfattende utvalg av 421 norske leger som begynte å studere medisin ved norsk universitet i 1993 og 631 som tok medisinsk embetseksamen i 1994. Studien viser at fokus på ambisjoner og prestisje ble redusert etter endt utdanning, mens viktigheten av forholdet mellom arbeid og privatliv økte. Det var samme funn blant kvinner og menn. Det ble foreslått at økt rekruttering sannsynligvis ville kunne oppnås ved bedre tilrettelegging i forhold til sosiale forhold som eks bedre muligheter til å ha et normalt familieliv (Aasland, Rørvik, & Wiers-Jenssen, 2008). Dette er relevant for min oppgave ettersom det fremkommer at de yngre legene har mere fokus på en sunn balanse mellom arbeidsliv og privatliv, samt at mangel på denne balansen direkte påvirker rekrutteringen.

### **1.3.2 Motivasjon**

En studie (Klaeijns, Vermeulen, & Martens, 2018) om arbeidsmotivasjon belyser hvordan autonomi, kompetanse og tilhørighet er av betydning for motivasjon hos den ansatte. Studien omtaler lærere, men vurderes allikevel aktuell for min studie ettersom både lærere og leger jobber i profesjonsbyråkrati og utøvelsen av arbeidet er basert på kompetansen de innehar i sin profesjon. Funn herifra viser en sterk sammenheng mellom tilfredsstillelse av de tre psykologiske behovene og den enkeltes indre motivasjon. Studiens funn beskriver at gjennom å støtte opp om de tre behovene gis det næring til den indre motivasjonen. Svakheten i denne studien er at den ikke skiller mellom autonomi, tilhørighet og kompetanse, hvilket gjør at det er vanskelig å vite om det kan være en av faktorene har større betydning enn de andre (Klaeijns, Vermeulen, & Martens, 2018, s. 777). Deci og Ryan (2000) beskriver også at samtlige av de tre psykologiske behovene (autonomi, tilhørighet og kompetanse) er av betydning, men velger å skille mellom de overnevnte. Deres forskning tilsier at

kompetanse og autonomi er de mest viktige faktorer for vekst av indre motivasjon. Hvorfor tilhørighet kan være mindre viktig enn de to andre grunnleggende behovene, kan forklares gjennom at mennesker ofte kan inneha indre motivasjon for sitt individuelle arbeid. Dette kan medføre at den indre motivasjonen blir driveren, istedenfor tilhørighet (Klaeijnsen, Vermeulen, & Martens, 2018, s. 771). Studien viser videre at tilfredsstillende av de tre grunnleggende psykologiske behovene, ikke bare gir næring til indre motivasjon hos den enkelte, men øker også deres egen mestringsevne (Klaeijnsen, Vermeulen, & Martens, 2018, s. 778).

Lai (2011) viser til en annen faktor som fremstår viktigere for indre motivasjon enn de tre psykologiske grunnleggende behovene. Hun beskriver at opplevd kompetansemobilisering i realiteten har en enda større betydning for den indre motivasjonen (Lai, 2011, s. 55). Opplevelse av kompetansemobilisering omhandler i hvilken grad man får mulighet til å bruke kompetansen sitt etter sitt potensiale. Hun presiserer at arbeidsplassen må legge til rette for at ansatte får arbeidsoppgaver som er forenlig med sin kompetanse, og at dette fører til både kompetanseutvikling og opplevelse av mestring. Ansatte med høy opplevd kompetansemobilisering i det daglige innehar sterkere indre motivasjon og er mer emosjonelt tilknyttet organisasjonen de arbeider ved (Lai, 2011, s. 51).

Dette synes jeg er spennende forskningsfunn og motiverer meg til å avdekke i hvilken grad deltageren i min studie opplever autonomi og kompetansemobilisering i det daglige, samt om dette påvirker motivasjon, mestringsfølelse og tilknytning til arbeidstedet.

### **1.3.3 Legenes motivasjon for valg av spesialisering**

Jeg har videre søkt på nordisk litteratur og funnet en Dansk studie fra (2006) som ser på medisinstudentenes motivasjon bak valg av spesialitet. Dette vurderes overførbart og aktuelt fordi



det danske helsevesenet har paralleller med Norge; det er offentlig ansvar, skattebasert og det gis tilbud til hele befolkningen, samt at i rapporten står det at samme utfordringer finnes i store deler av den vestlige verden. Studien ble gjennomført som et tilsvar til en artikkel med tittel «Psykiater? -Nej Tak» skrevet av den danske journalisten Christian Andersen (2005). Artikkelen tok for seg rekrutteringsproblemer og mulige årsaker som prestisje, fordommer og spesialistens omdømme. På bakgrunn av dette ble det foretatt to undersøkelser blant medisinstudenter og yngre leger hvor psykiatri, indremedisin, kirurgi og allmenmedisin ble vurdert opp mot hverandre. Rapporten viser at det er en lang prosess å velge spesialitet, og at denne prosessen for det meste preges av fravalg gjennom turnustiden. Resultatene som forelå var: at det kliniske arbeidet skulle oppleves interessant og meningsfullt, mulighet for faglige diskusjoner, at det var et godt psykisk arbeidsmiljø var de mest avgjørende motivasjonsfaktorene. De minst viktige motivasjonsfaktorene var som nevnt ovenfor: gode inntjeningsmuligheter eller lønn, lav vaktbelastning og at det var lette pasienter å jobbe med (Holm-Pedersen, Hansen, & Vinge, 2006).

#### **1.3.4 Annen relevant forskning**

For å se nærmere på endringene i legerollen, faktorer som påvirker motivasjonen og som direkte påvirker rekruttering, samt det å beholde legespesialister i sykehus har jeg valgt å gå inn i annen relevant forskning og forskningsbaserte artikler. Jeg tenker at disse bidrar til å gi et aktuelt og dekkende bilde og for å belyse flere aspekter av studiens problemstilling.

Gjerbergs (2002) avhandling med tittel: *Kvinner i norsk medisin – mot full integrering?* omhandler ulike sider ved norske legers karrieremønstre. Her fremkommer det at en større andel av legene spesialiserte seg og andelen fordelt på kjønn er nokså lik på de ulike spesialiseringene. I avhandlingen er det analysert familiehistorien og yrkeshistorien hos en gruppe leger hvor det viser seg lite forskjell mellom kjønnene i starten av yrkeskarrieren i forbindelse med hvilken spesialisering

eller fagfelt de velger å gå inn i, men utover i karrieren sees det mere markante kjønnsforskjeller. Dette underbygges i forskningen fra Aasland, Rørvik og Wiers-Jenssen (2008) som beskriver at de som valgte kirurgi eller indremedisin var mere motivert av medisinske utfordringer og karrieremuligheter, mens de som valgte psykiatri eller allmenntid medisin ble mest motivert av allsidighet og tid til familien. I følge Gjerberg (2002) velger kvinnene mere allsidig enn sine mannlige legekoleger som oftere fortsetter sine karrierer innen kirurgi. Avhandlingen indikerer at arbeidsforhold, så vel som hvordan arbeidslivet påvirker familielivet kan forklare de kjønnsforskjellene som viser seg. Til tross for at de kvinnelige legene synes å forene sin egen yrkeskarriere og familieansvar er det stor forskjell mellom hvordan de gjør dette avhengig av hvilke fagfelt de arbeider innenfor. Dette forklares videre gjennom bruk av deltid, antall barn og når barnefødsle fant sted. Avhandlingen antyder at de strukturelle vilkårene ved ulike fagfelt er avgjørende for hvordan kombinasjonen familie- og arbeidshverdag er mulig for disse kvinnene. Videre peker avhandlingen på at kvinners integrering i legerollen også omhandler samarbeid med andre yrkesgrupper på arbeidsplassen. Det vises til at flere kvinner opplever å få mindre respekt enn sine mannlige koleger, samt at de også mottar mindre hjelp eller assistanse fra sykepleierne. Dette funnet sees i sammenheng med legerollens tradisjonelle profesjon og autonomi. Det konkluderes med at det fortsatt er en vei å gå før kvinner har samme karrieremuligheter innenfor medisin som menn.

I Tidsskriftet for legeforeningen publiseres det jevnlig artikler som omhandler at legerollen har endret seg og at det pågår et generasjonsskifte blant innenfor profesjonen. Det er flere kvinner enn menn på medisinstudiet (Taraldset, 2009), og de yngre legene, uavhengig av kjønn formidler behovet for å sette familie-tid og fritid i fokus. Det at de yngre legene er familieorienterte påvirker direkte valget av spesialitet og dette vil sannsynligvis også i forhold til "påvirke rekruttering til sykehusene (Aasland, Rørvik, & Wiers-Jenssen, 2008).

Rime (2023) publiserte en artikkel hvor det fremkommer at medisinstudenter opplever belastning så tidlig som når de befinner seg på skolebenken. Søkermassen til LIS-stillingene er det dobbelte av antall stillinger som lyses ut. Ut ifra kvalifikasjonsprinsippet, som offentlig sektor anvender i sin utvelgelse ved ansettelser, settes det krav til at søkerne skal ha erfaring fra å arbeidslivet allerede før de rekker å bli ferdig utdannet. Hvilket ifølge Rime fører til at medisinstudentene fra tidlig i studieforløpet velger å jobbe istedenfor å følge undervisningen for å tilegne seg noe erfaring som kan settes på CV, slik at det vil kunne være en mulighet å få en LIS-stilling etter studietiden.

Gjerberg (2023) publiserte en artikkel om Leger i par, hvor det fremkommer at stadig flere leger er gift eller samboende med en annen lege. 1 av 4 kvinnelige leger er gift med en kollega. I undersøkelsene gjort blant disse fremkommer det at LIS-løpet har vært krevende, og at vaktordning sammen med familielivet har vært strevsom.

Professor emeritus Knardahl (2023) beskriver at når helsepersonell slutter i jobbene sine gir dette direkte konsekvenser, som eksempelvis utfordrende vaktordning og større belastningen på de gjenværende kollegiene, i tillegg til at det selvsagt også resulterer i lavere produktivitet for organisasjonen. Han presiserer også at helsevesenet generelt sett sitter igjen med et omdømme som tilsier hardt arbeidspress, konflikter og ikke minst svak ledelse. Arbeidsvilkårene blant legene har blitt satt i høysetet for diskusjon etter at en ung og relativt nyutdannet lege valgte å ta livet sitt sommeren 2023 og i forbindelse med dette har det vært trukket slutninger om at det kunne knyttes til arbeidsbelastningen hun sto ovenfor (Tveito, 2023).

### **1.3.5 Oppsummering av kunnskapsstatus**

Gjennomgangen av tidligere forskning viser at det allerede finnes en del kunnskap både i forhold til rekruttering og motivasjon, samt hvilke faktorer som kan påvirke.

Vi ser at rekruttering i Helse-Norge er utfordrende, spesielt i utkantstrøk og begrunnelsene varierer fra tilknytning, endringer i legerollen og påvirkningen arbeidet har på privatlivet. Jeg tenker det er av interesse å se nærmere på hva som gjør at noen er motivert for å bli i distriktene og andre ikke. Det er aktuelt å se på om faktorer som autonomi, tilhørighet og kompetanse, herunder kompetansemobilisering. Opplever legene at dette er tilsted i arbeidshverdagen innad i sykehus og er dette faktorer som er med på å øke deres motivasjon for å forbli i sykehus, eller er det andre faktorer som motiverer de mere, eksempelvis status eller lønn? Dette vil jeg undersøke ved å gjøre en kvalitativ studie med intervjuer av leger i spesialisering og legespesialister.

#### **1.4 Min motivasjon for oppgaven**

Jeg har de siste 20 årene jobbet i spesialisthelsetjenesten, både som mellomleder og spesialutdannet sykepleier. I det daglige arbeider jeg som behandler i et psykiatrisk akutteam. Å jobbe i spesialisthelsetjenesten er spennende og utfordrende på flere områder, men et tema som ikke forsvinner og nærmest ser ut til å øke med årene er; spesialistmangelen. Innad i min organisasjon preges hverdagen av en stadig kabal som skal løses for å få dekt opp med spesialister, som etter forsvarlighetsprinsippet skal være ansvarlig for behandlingen som skal gis. Dette fører til at legene må delta på «dugnadsarbeid», noe som virker demotiverende, stressende og gir mindre kontinuitet for både legene, kollegene og pasientene. I ytterste konsekvens fører det med seg at spesialistene bytter arbeidsted, hvor arbeidsvilkårene er mere forenlige med livet generelt. Det er flere eksempler på at mangelen på spesialister har medført konsekvenser. Eksempelvis stans i drift av kompetanseenheten for behandling av spiseforstyrrelser. Dette har videre gitt seg utspill i at pasienten har blitt overflyttet akuttpsykiatriske enheter eller utskrevet til hjemmet med poliklinisk oppfølging fra distrikt psykiatrisk senter (DPS) (Pigao, 2022). Ved en lokalisasjon er traume og akuttkirurgien midlertidig stengt. Etter planen skulle dette gjenåpnes i september 2023, men grunnet

vedvarende rekrutteringsutfordringer er dette er tidspunktet for gjenåpning blitt utsatt til april 2024 (Olsen & Bierud, 2023). Helseforetaket har gjennom flere år hatt fokus på disse utfordringene og har i sin strategiplan (2021) for tidsperioden 2021-2024 tilegnet et eget kapittel om nettopp rekruttering og det å beholde spesialister

I forhold til min motivasjon for oppgaven begrunnes i at jeg ønsker å få en dypere forståelse for hvilke behov og ønsker som blir vektlagt hos LIS og legespesialistene ved rekruttering til og hvilke faktorer som motiverer til å forbli i eller forlate helseforetaket. Hensikten med studien vil være for å få verdifull innsikt som videre kan benyttes i arbeidet med å utarbeide nye strategier i «**kampen om kompetansen**».

## 1.5 Struktur på oppgaven

I kapittel to redegjøres det for seg de aktuelle kontekstuelle forholdene som vurderes aktuelt i forhold til oppgaven, organisering og regulering av helsevesenet. Det teoretiske rammeverket for oppgaven blir presentert i kapittel tre. Videre vil det i kapittel fire redegjøres det for forskningsdesign og metode, arbeidet og valgene som er gjort underveis, samt etiske aspekter ved studien. I kapittel fem vil studiens funn presenteres og drøftes opp mot de teoretiske perspektiver. Det siste kapittelet, nummer seks i rekken, vil ta for seg oppsummerende konklusjoner, redegjørelse av teoretisk bidrag og anbefaling til sektoren samt forslag til videre forskning.

## 2.0 Kontekstuelle forhold

I dette kapitlet vil jeg gi en beskrivelse av konteksten som i dette tilfelle er sykehus. Innledningsvis ser jeg på organisering av spesialisthelsetjenesten og aktuelt lovverk som regulerer sektoren.

Ettersom sykehusene preges av å være store spesialiserte kompetanseorganisasjoner vil jeg se på rekruttering i lys av organisasjonsteoretiker Henry Mintzberg's idealtipe: fagbyråkrati. Videre ser jeg på legerollens utvikling, for så å fortelle litt om profesjonen som det dreier seg om i denne studien.

### 2.1 Organisering av helsetjenestene

I Norge har vi en offentlig styrt helsetjeneste som skal sikre befolkningen lik tilgang til gode helsetjenester, uavhengig av økonomisk og sosial status eller hvor de bor i landet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). De offentlige sykehusene i Norge er statlig eid, men Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar. Sykehusene tilbyr Norges befolkning spesialisert behandling, i tillegg er sykehusene tildelt oppgaver innen utdanning og forskning, samt opplæring av pasienter og deres pårørende Dette er regulert i spesialisthelsetjenesteloven. (Helse og omsorgsdepartementet, 2021).

Sykehusene i Norge inndelt i fire regionale helseforetak: Helse Nord regionale helseforetak (RHF), Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF. Under disse fire store Regionale helseforetakene fordeler det seg inn i overkant av 20 mindre helseforetak (HF) (Helse og omsorgsdepartementet, 2021).



Tabell 3: Oversikt over helseregionene (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014).

De regionale helseforetakene (RHM) har to særs viktige oppgaver som omhandler et sørge-for-ansvar ovenfor befolkningen og i tillegg er de eiere av helseforetakene (HF) innad i gitt helseregion. De regionale helseforetakene skal gjennomføre dette ansvaret innenfor de rammene og kravene som er satt gjennom bruk av sine egne helseforetak eller via å kjøpe tjenester fra private aktører (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014).

## 2.2 Lovverk som regulerer sektoren

Spesialisthelsetjenesten har som nevnt ansvar for å sørge for befolkningens helsetjenester, dette ansvaret er beskrevet nærmere i spesialisthelsetjenesteloven (Lov om spesialisthelsetjenesten, 2001).

Sykehus har fire hovedoppgaver i hht Spesialisthelsetjenesteloven (2001) §3-8: pasientbehandling, opplæring av pasienter og deres pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. De viktigste lovene som er relevant for oppgaven redegjøres for i dette kapitlet.

Spesialisthelsetjenesteloven (2001) § 2-2: *Plikt til forsvarlighet*; her presiseres det at helsetjenestene som tilbys befolkningen skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine

tjenester på en slik måte at personellet som er ansvarlige for utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tilbud. (Lov om spesialisthelsetjenesten, 2001). Dette stiller direkte krav om at det skal være tilknyttet legespesialist som er ansvarlig for behandlingen som tilbys Norges befolkning. Dette medfører et kontinuerlig søkelys på å rekruttere og beholde kritisk nøkkelpersonell, altså legespesialistene som også er profesjonen i fokus i denne studien.

Spesialisthelsetjenesteloven (2001) § 3-10: Opplæring, etterutdanning og Videreutdanning; beskriver at sykehus har et sørgefor ansvar for at den ansatte skal gis opplæring, etter- eller videreutdanning slik at den enkelte kan utøve sitt arbeid på en forsvarlig måte. LIS-legene som deltar i denne studien har læringsmål som skal sikre at de utvikler kompetanse og ferdigheter gjennom hele spesialistforløpet. For å kunne søke godkjenning som spesialist må alle kravene være innfridd.

### **2.3 Sykehus som fagbyråkrati**

Organisasjonsteoretikeren Henry Mintzberg beskriver fem ulike organisasjonsformer (2016, ss. 95-102). Sykehus kan betraktes som et profesjonsbyråkrati/fagbyråkrat med sterke profesjoner som har en autonom rolle (Mintzberg, 1980). Kjennetegn for denne organisasjonsformen er at arbeidsoppgavene ikke styres og koordineres av ledersjiktet, men snarere gjennom standardisering av kunnskaper og ferdigheter på det operative planet. Denne kompetansen gjør den operative kjerne er tildelt beslutningsmyndighet og handlefrihet til å kunne løse oppgavene de står ovenfor, Det vil med andre ord si at organisasjonens ansatte er selvstendige spesialister som gis handlingsrom til å behandle sine pasienter. Dette underbygges også av Strand (2018, s. 28) som beskriver at i ekspertorganisasjoner blir man ansatt på bakgrunn av sin kompetanse og erfaring.

Kompetansebakgrunnen styrer arbeidshverdagen, og lederen har lite påvirkning ovenfor den faglige



autoriteten, utover å påse at tjenestene er faglig forsvarlige. Strand nevner støttestabene som særs viktig i et ekspertbyråkrati. Denne gruppen består av andre faggrupper ansatt i sykehuset og utgjør glidningen for at de offentlige helsetjenestene fungerer så gunstig og effektivt som mulig uten at eksempelvis legene skal bruke tid på disse oppgavene.

## 2.4 Utvikling av legerollen

Legene har en sentral rolle i profesjonsbyråkratiet, og er yrkesgruppen som skal sees nærmere på i denne oppgaven. Samfunnet og arbeidslivet ellers har gått igjennom store endringer og dette har også påvirket arbeidslivet (Hagen & Guldvik, 2016), så vel som legerollen. Yrkesroller er et begrep som omtaler en samlebetegnelse på et sett av identifiserende kunnskaper, ferdigheter, verdier, normer, holdninger og atferdsmønstre med tilhørende personlige og sosiale markører som kjennetegner et yrke. Yrkesroller er et system for både å identifisere og legger til rette for samhandling mellom ulike yrkesgrupper. En yrkesrolle gir den som innehar den, en personlig identitet og som også medfører en tydelig gruppetilhørighet som man enten innehar eller ikke (Larsen, 2022, s. 217). I forhold til legerollen, så beskrives den slik:

*«Legerollen formes av legenes eget syn på seg selv og sitt virke, men også av hvordan yrkesrollen oppfattes av samfunnet omkring. Denne ytre, relasjonelle siden ved legerollen kan ha betydning for hvordan yrkesutøvelsen fungerer overfor pasientene, befolkningen for øvrig og ikke minst overfor andre innen helsefeltet» (Larsen, 2022, s. 215).*

Historisk sett, helt tilbake til den greske antikken, ble legerollen sett på som en fri profesjonsrolle. De hippokratiske legene omtalte rollen som at fagligheten kom innenfra og at den var både teoretisk basert, i tillegg til erfaringsbasert. Både pasienter og eventuelle ledere manglet tidligere kompetanse til å påvirke legenes praksis grunnet deres autonomi. Gjennom de siste 50 årene har

kunnskapsutviklingen i medisin vært, dramatisk. Og dette har medført endringer i den kliniske arbeidshverdagen og ikke minst i forbindelse med ledelsesaspektet for de som innehar denne profesjonsrollen (Berg, 2022, ss. 225 og 229-240).

Tradisjonelt sett var legene lederne ved helseforetakene, men etter at ledelsesreformen i spesialisthelsetjenesten tredde i kraft i år 2001 ble det pålagt en enhetlig og profesjonsnøytral ledelse på alle nivåer og dette fikk betydning for legerollen som man kjente den. Den profesjonsnøytrale ledelsen er spesifisert i Spesialisthelsetjenesteloven (2001) § 3-9 om Ledelse i sykehus: som beskriver at sykehus skal organiseres med en ansvarlig leder på alle nivåer. Lederkvalifikasjoner skal vektlegges i forhold til helsefaglige kvalifikasjoner når det skal rekrutteres til lederstillinger i spesialisthelsetjenesten, hvilket gjør at legene nå stiller på lik linje som andre profesjoner (Torjesen, 2008, s. 44). Departementet kan gjennom forskrift kreve at lederen skal inneha bestemte kvalifikasjoner. Ledelse i sykehus er profesjonsnøytralt og dersom ledelsen ikke fyller dette kravet til forsvarlighet skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere (Lov om spesialisthelsetjenesten, 2001). Gjennom denne typen ledelse medførte en mere NPM-inspirert styringsforståelse inn i offentlig helsevesen og derav ble det økt søkelys på formelle lederkvalifikasjoner og lederegenskaper. Lederne var tiltenkt større ansvar og myndighet til å gjennomføre både omstillinger, modernisering eller videreutvikling innad i egen organisasjon. At myndighetene nå satset på lederne førte til at ledelse ble et eget fag og at de originale lederne, altså legene, ikke lenger hadde en posisjon hvor de «kunne mere enn andre» som legene tradisjonelt hadde i sin profesjonsrolle (Torjesen, 2008, s. 8).

De teknologiske endringene, ulike reformer og sykehusenes enhetlige ledelse har medført en stadig mer presis regulering av legens praksis, såvel som at det settes helt andre krav til den enkelte lege. Legen må i langt større grad bruke seg selv som person og det forventes at utøvelsen av faget foregår innen presise faglige retningslinjer. Disse retningslinjene setter krav til langt mere utfordrende etiske

reguleringer enn tidligere, samtidig som utøvelsen må foregå på en stadig mer offentlig og kontrollerbar måte (Berg, 2022, ss. 225 og 229-240). I tillegg til at legenes autonomi har endret seg er legegruppen i seg selv også i endring, En artikkel i Tidsskriftet for legeforeningen (Janbu, 2000) beskriver at legenes status og legerollen er endret. De er ikke lengre ufeilbare og at det foregår et generasjonsskifte blant legene. At det er flere kvinner enn menn på studiet, gjør også at arbeidsvilkårene blant legene har blitt satt i høysetet. Arbeidstiden er fortsatt lang, men langt mere regulert enn den tidligere var. Men forskning tilsier at behovet for å sette familietid og fritid i fokus også er høyt representert blant de yngre mannlige legene. De yngre legene er familiefokuserte, og dette påvirker også valget av spesialitet. Det fremkommer derfor behov for at man tilrettelegger for at disse legene kan velge spesialistretning ut ifra interessefelt og ikke på grunnlag av praktiske forhold.

## **2.5 Rekruttering i fagbyråkrati**

Arbeidslivet i dag er i stadig utvikling og dette synes i økt konkurranse og en stadig jakt på endring. Offentlig helsevesen er ingen unntak og møter til stadighet på høyere krav til både effektivisering, så vel som inntjening på sine tjenester (Lai, 2013, s. 30). Flere aldrende i befolkningen følger trolig også med seg mindre yrkesaktive til å produsere de omsorgstjenestene som trengs. Selv om det sees at Helse-Norge i sin helhet har rekrutteringsutfordringer, beskriver Ringholm (2013, ss. 104-105) at spesielt utfordrende er det å ansette i distriktene og at det bør påberegnes at denne trenden vil forsterkes ytterligere de kommende årene. Det konkurreres allerede om «de gode hodene» og en måte å møte denne utviklingstrenden på er gjennom innovative løsninger som å øke kompetansen til de ansatte, effektiviserings av sine tjenester eller ulike rekrutteringstiltak for yrkesgrupper eller geografiske områder.

Sykehus har krav om et visst kompetansenivå hos sine ansatte for å kunne utføre sine plikter om forsvarlig helsetilbud til Norges befolkning. Olsen (2016, s. 243) beskriver at for å fylle kompetansekravet vil rekruttering bidra, men å utvikle egne ressurser gjennom å tilrettelegge for kompetanseheving hos de som allerede er ansatt i organisasjonen vil også være et viktig aspekt for å dekke behovet for spesialisert arbeidskraft. Det vil være essensielt for ledelsen å ha kunnskap om hvilken kompetanse de til enhver tid har tilgjengelig, hva de må innhente gjennom rekruttering eller ha fokus på å utvikle, slik at organisasjonen er rustet til å nå sine mål. For å nå disse målene er det viktig at de som innehar dette ansvaret forvalter dette på en strategisk måte. Lai (2013, s. 31) definerer kompetansestrategi som en overordnet strategi: «*En kompetansestrategi angir i hvilken grad og hvordan organisasjonen som helhet og sentrale funksjoner/enheter skal satse på kompetanse gjennom tiltak for anskaffelse, utvikling, mobilisering og eventuelt avvikling av kompetanse*». Dette innebærer at en bør legge en plan for hvordan dette arbeidet skal foregå, og her kommer strategiplanen som presenteres i neste kapittel inn.

## **2.6 Strategiplan 2021-2024**

Det er viktig for ledelsen i sykehus så vel som andre organisasjoner å ha en god forståelse for hvilken kompetanse og kompetanseelementer som vurderes å være relevant for kunne spesifisere kompetansebehovet. Dette gjøre gjennom analyse av kompetansen som virksomheten er i behov av både nå og i fremtiden, for å nå sine strategiske mål (Olsen T. H., 2016, s. 238 og 241). Rekruttering i fagbyråkratier stiller krav om spesifikk kompetanse som den enkelte innehar gjennom sin utdanning. Gjennom kompetansestyring legges det en strategiplan for å rekruttere eller å utvikle den etterspurte kompetansen hos de som allerede er ansatt i virksomheten (Olsen T. H., 2016, s. 243). Lai (2013, s. 15) beskriver at analyser må til for at kompetanseledelse skal være strategisk og at man må

ha definerte mål å lede etter. Disse målene definert i strategiplanen, og er basert på regjeringens oppdrag og bestilling til helseforetakene, samt de kompetanseanalyser som foreligger.

Regjeringen (2023) har søkelys på et godt og trygt arbeidsliv, herunder tiltak for å fremme et rommende arbeidsmiljø. I den forbindelse påpekes det at Helseforetakene må arbeide systematisk i forhold til god ivaretagelse av medarbeiderne, og utarbeide planer for å rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell. Regjeringen, sammen med partene i arbeidslivet, jobber aktivt for å bygge heltidskultur i alle deler av arbeidslivet og oppfordrer til videreføring av arbeidet med å utvikle heltidskultur, så vel som å redusere deltid i helseforetakene. Innleie av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten brukes i varierende grad. Det er ønskelig å begrense innleie ytterligere, ettersom bruk av fast ansatte er kostnadsbesparende og legger bedre til rette for kvalitetsutvikling og planlegging. Det presiseres at det må utarbeides tiltak som kan redusere bruken av vikarer. Mål for 2023 som direkte omhandler legegruppen er å øke antall LIS-stillinger.

I henhold til bestillingen fra regjeringen utarbeides det en strategiplan ved de ulike helseforetakene. Eksempelvis så skisseres det i Sørlandet sykehus HF sin strategiplan for 2021-2024 under kapittel om strategiske målområdene rundt ledelse, organisering og kultur et eget punkt, pålydende: «Utdanne, rekruttere, utvikle og beholde kompetente medarbeidere» (2021, s. 8). I denne strategiplanen er det tydelig at Sørlandet sykehus HF har begynt å tenke innovativt gjennom tiltakene som skissert, som eks: bruk av kartlegging av fremtidig kompetansebehov, utarbeidelse av individuelle kompetanseplaner, fokus på å gjennomføre rekrutteringsprosessen på en profesjonell og effektiv måte, øke bruken av sosiale medier og reklame, forbedre hver enkel stillingsannonse, bruk av kampanjer i perioder, utlyse i utlandet (hhv Sverige og Danmark) og velferdstiltak som eksempelvis yoga, spesialistpermisjoner og juletreffest for de ansatte med familier (Sørlandet sykehus

HF, 2021, s. 8) . Jeg ønsker i min studie å avdekke om disse tiltakene er motivasjonsskapende eller om det er andre tiltak som deltageren i min studie opplever ville være mere motivasjonsfremmende.

### 3.0 Teoretisk rammeverk

Innledningsvis vil jeg begrunne valget av det teoretiske rammeverket som blir liggende til grunn for analysen av mine data. Teorikapittelet representerer den analytiske rammen for studien som omhandler hva som motiverer LIS til å søke jobb i sykehus og hva som motiverer legespesialister til å forbli i sykehus. Jeg velger å fokusere på selvbestemmelsesteorien som man kan se på som en forutsetning for indre motivasjon (Buch, Dysvik, & Kuvaas, 2019). Dessuten vektlegger teorien grunnleggende behov for autonomi, tilhørighet og kompetanse, som kan være viktige momenter å se nærmere på knyttet til at studien har utgangspunkt i et fagbyråkrati som kjennetegnes ved at det er mest innflytelse fra den operative kjernen (Mintzberg, 1980). Denne studien omhandler leger i spesialistforløp og legespesialister hvor profesjonen tradisjonelt sett har vært preget av høy grad av autonomi, dog har det skjedd endringer i legerollen og kravene som settes til profesjonens yrkesutøvere. Jeg stiller meg spørsmål om de opplever autonomi i sin hverdag og er det motivasjonsgivende? I lys av legerollen kan man anta en tilhørighet til sin profesjon, men jeg stiller meg undrende om denne tilhørigheten også omhandler arbeidsgiver og om tilhørighet er med på å øke motivasjonen for å jobbe i sykehus.

### 3.1 Motivasjonsteori

Pinder (2019, s. 15) beskriver at motivasjon i jobbsammenheng er *«et sett av indre og ytre krefter som initierer arbeidsrelatert atferd og som bestemmer adferdens form, retning, intensitet og varighet»*. For de fleste kan arbeidslivet være en god arena for å oppleve berikelse, men det fordrer at den enkelte opplever at arbeidet er tilfredsstillende og derav motiverende. Mangelen på denne jobbtillfredsstillelsen kan føre til at den enkelte velger å bytte virke (Buch, Dysvik, & Kuvaas, 2019, s. 215). Arbeidsplassen representerer som oftest noe mer enn kun lønn, og for de fleste fyller

arbeidsplassen en vesentlig del av livet. Ryan og Deci (2018) beskriver at det er grunnleggende for mennesker å søke etter mening og de fleste av oss forventer å finne dette i arbeidshverdagen. Motivasjon handler om det som gir den enkelte energi, stamina og retning, både i arbeidshverdagen og i det private liv. Motivasjon kan da i sin helhet forstås som drivkraften som fører med seg handling (Lai, 2013, s. 69). Den såkalte viljen til handling er ulik hos alle og sees i sammenheng med selvbestemmelsesteorien og indre, samt ytre motivasjon. Disse gjennomgås i det påfølgende kapittelet.

Lai (2013, s. 166) beskriver at forskning fra en rekke organisasjoner peker i retning av at opplevelsen av autonomi for den ansatte er avgjørende i forhold til de mulighetene den enkelte har til å mobilisere sin kompetanse på en motiverende og betydningsfull måte. Når man har motiverte ansatte, vil dette vise seg gjeldene på flere områder. Jacobsen og Thorsvik (2016, ss. 228-228) presiserer at den motiverte ansattes innsats blir påvirket og vedkommende jobber mere effektivt. I tillegg vil motiverte arbeidstakere utføre bedre kvalitet i sitt arbeid, så vel som at det fremmer et attraktivt arbeidsmiljø.

### **3.1.1 Ytre motivasjon og indre motivasjon**

Ytre motivasjon beskrives av Ryan og Deci (2020, s. 56) som at arbeidet motiveres fra en utenforstående faktor som eksempelvis lønn, muligheten for å krysse oppover på rangstigen, bedring av sosiale vilkår som arbeidstid, ros eller annen anerkjennelse for sitt arbeid. Arbeid eller andre former for aktiviteter som ikke drives av indre motivasjon da de oppleves belastende eller utenfor interessefeltet, vil som oftest være motivert av ytre motivasjonsfaktorer (Lai, 2013, s. 44). Man kan da kort si at motivasjonen for innsatsen omhandler å oppnå goder eller anerkjennelse.



Buch, Dysvik, og Kuvaas (2019, s. 22) beskriver indre motivasjon som drivkraften som får en person til å utføre en gitt handling og som (spontant eller i etterkant) gir en opplevelse av tilfredstillelse, opplevelse av mening eller glede av handlingen i seg selv. Ryan og Deci (2020a, s. 54) betegner videre indre motivasjon som en «iboende motivasjon» som kommer naturlig eller spontant fra menneskers grunnleggende behov for kompetanse, autonomi og tilhørighet - når disse elementene foreligger får den enkelte motivasjon basert på egeninteresse og glede. De presiserer videre at følelse av autonomi (selvbestemmelse) vil øke opplevelsen av medbestemmelse og føre til at den enkelte finner mer interesse og motivasjon til å utføre arbeidsoppgavene, ikke bare de pålagte, på en tilfredsstillende måte (Ryan & Deci, 2000, s. 3 og 71). Den indre motivasjonen gjør at oppgaver løses fordi man har en iboende lyst, og den enkelte opplever mening med oppgaven. Man kan med andre ord si at motivet for å utføre handlingen ikke handler om at man kan oppleve sanksjoner eller annen for konsekvens dersom man ikke utfører oppgaven, eller at driften bak handlingen ikke omhandler en mulig belønning. Den enkelte ansatte drives av opplevelsen av at handlingen er meningsfull eller gledeskapende (Buch, Dysvik, & Kuvaas, 2019). Buch, Dysvik, og Kuvaas beskriver videre at indre motivasjon kan sees i direkte sammenheng med ledernes positive vurderinger av den ansattes innsats, så vel som kvalitet på arbeidet som er utført.

Det kan være mange ting som motivere til å jobbe i sykehus. I min studie ønsker jeg å avdekke om deltagerne drives av indre motivasjonsfaktorer hvor de opplever genuin glede eller tilfredstillelse av arbeidet i seg selv, mulighetene for å bli implementert i et sterkt fagmiljø hvor de kan vokse og utvikle seg, eller om det er mere ytre faktorer som lønn, status knyttet til spesialiseringen og sykehuset eller mulighetene for å bo i distriktet hvor de allerede innehar tilknytning.

På bakgrunn av denne teorien utvikles følgende forskningsspørsmål: *Hvilken betydning har elementer knyttet til ytre og indre motivasjon for Lis-legene og legespesialistenes motivasjon for å jobbe i sykehus?*

## **3.2 Selvbestemmelsesteorien - Selve grunnpilaren i motivasjon**

Teorien om selvbestemmelse eller Self Determination Theory (SDT)- er basert på empiriske undersøkelser og godt forankret i motivasjonsforskning. Denne teorien skiller mellom det bakenforliggende motivet for en gitt handling, gjennom menneskers grunnleggende psykologiske behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet (Deci & Ryan, 2009). Ryan og Deci (2018) beskriver at disse tre grunnleggende behovene må være dekt før en utvikling av indre motivasjon kan finne sted. De sier videre at manglende dekning av de grunnleggende behovene vil medføre at den enkelte føler seg demotivert, taper livsglede og personlig utvikling, samt følelse av velvære. Jeg vil i de påfølgende underkapitlene redegjøre for de tre grunnleggende behovene som selvbestemmelsesteorien legger til grunn.

### **3.2.1 Grunnleggende behov for autonomi**

Grunnpilaren i selvbestemmelsesteorien er nettopp autonomi. Med selvbestemmelse menes det at man som menneske velger og tar selvstendige avgjørelser i forhold til sine handlinger. Det grunnleggende behovet for autonomi omhandler i hvor stor grad et menneske kan kunne påvirke sine omgivelser, men i jobbsammenheng kan det sees som «*når og hvorledes og i hvilket tempo arbeidet skal utføres*» (Buch, Dysvik, & Kuvaas, 2019, s. 39).

Vanstedkiste (2020) beskriver at opplevelse av autonomisk jobbtilfredsstillelse oppnås gjennom at den enkeltes tanker og følelser oppleves både autentiske og genuine i sammenheng med handlingene

som utføres. Det blir presisert i boka til Buch, Dysvik og Kuvaas (2019, ss. 138-139) at dette ikke betyr at den ansatte skal gjøre hva man vil på arbeidsplassen, men at man erkjenner å ha valgt å ta en jobb og at man deretter opplever å kunne påvirke dette gjennom selvbestemmelse knyttet til hvordan man løser oppgavene, eksempelvis i forhold til tidsbruk og anvendte metoder. Dersom den ansatte opplever å bli kontrollert, eller må utfører handlinger ut ifra plikt, samt for å dekke andres interesser anses ikke dette som en autonom handling.

Det er mange arenaer for opplevelsen av autonomi, selv om offentlig helsevesen i stor grad er prosedyrestyrt. Prosedyrene legger til rette for at tjenesten skal utføres på en kvalitetsmessig tilfredsstillende måte, men det finnes åpninger for selvbestemmelse i forbindelse med hvordan man møter pasientene, velger å utføre prosedyren i fht tidsbruk og mulighet til å legge opp behandling tilpasset den enkelte pasienten. Opplever LIS selvbestemmelse i sitt spesialiseringsforløp, sett i forhold til hva de ønsker å fordype seg ytterligere i og kan de «velge» pasientsaker som vil kunne øke kompetansen i tillegg til å gjennomføre læringsmålene de er pålagt? Gjennom studien ønsker jeg å avdekke om deltagerne opplever autonomi i det daglige.

### **3.2.2 Grunnleggende behov for tilhørighet**

Det grunnleggende behovet for tilhørighet omhandler menneskers behov for å bli lyttet til, oppleve seg selv av viktighet for andre, og hvor man er en del av et felleskap der man behandles med respekt (Deci & Ryan, 2018). Behovet for tilhørighet kan medføre at motivet bak handlinger omhandler et ønske om aksept. Deci og Ryan (2018, s. 96) omtaler det som at folk oppfører seg eller handler ut ifra antagelser som omhandler hva de tror at andre ønsker fra dem. De presisere videre at tilknytning ikke vil finne sted dersom den ansatte ikke kjenner seg anerkjent som person og for sine handlinger. Tilhørighet omhandler mye i arbeidslivet og privatlivet generelt. I forhold til sistnevnte kan jeg tenke at tilhørighet til det demografiske stedet også har en stor motiverende påvirkning, i tillegg til

aspektene av å være en del av et godt fagmiljø som sykehusene som oftest innehar, lurer jeg på om tilhørighet til organisasjonen gjør at den enkelte lege blir motivert til å forbli i sykehus.

### **3.2.3 Grunnleggende behov for kompetanse**

Det grunnleggende behovet for kompetanse omhandler den enkeltes behov for å utvikle seg selv og være i stand til å løse arbeidsoppgaver og legger til rette for effektiv samhandling. Ordet kompetanse kommer fra det latinske begrepet «competenia» som betyr å være funksjonsdyktig eller inneha tilstrekkelig kunnskap, ferdigheter, vurderingsevne eller styrke til å utføre oppgaver og oppnå ønsket resultat (Lai, 2013, s. 11).

Linda Lai (2013, s. 46) definerer kompetanse på følgende måte: *«Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål»*

For å se nærmere på de ulike komponentene som defineres, kan vi si at kunnskap omhandler hva den enkelte kan på et gitt område, mens ferdigheter omhandler å kunne anvende den aktuelle kunnskapen i praksis (Lai, 2013, ss. 47-49). Videre forstås begrepet evner, som de grunnleggende egenskapene så vel som den personlige egnetheten en person innehar for å kunne være i stand til å utføre arbeidet (Olsen T. H., 2016, s. 240). Holdninger reflekterer arbeidstakerens mestringstro på sin egen kompetanse og spiller en sentral rolle i forbindelse med kvaliteten på arbeidsprestasjonen (Lai, 2013, ss. 50-51).

I et fagbyråkrati er kompetansen nøkkelen for at de ansatte i virksomheten skal kunne utføre de arbeidsoppgavene de er satt til å håndtere på en standardisert måte. Organisasjoners felles kompetanse legger til rette for en faglig ensartet yrkesutøvelse, og åpner opp for både faglig utvikling og motivasjon (Lai, 2013, ss. 98-99). Denne kompetanseutviklingen bidrar til å stimulere til

et mestringsklima innad i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 17). Lai (2013, s. 153) beskriver videre at dersom det ikke tilrettelegges for at den ansatte får utnyttet sitt potensiale innenfor den kompetansen de har tilegnet seg vil dette føre med seg verditap både for den ansatte, så vel som virksomheten. Det anses derfor at god kompetansemobilisering er essensielt for at organisasjonen skal oppnå måloppnåelse og verdiskapning, samt at den ansatte kjenner på motivasjon og ikke minst utvikler mestringstro i sin arbeidshverdag. Ifølge Ryan og Deci (2020) vil ansatte uten opplevelse av kompetansemobilisering sitte igjen med følelsen av å være unyttig eller inkompetent ovenfor sin arbeidsgiver. Dette vil kunne medføre lavere mestringstro, motivasjon og mindre tilknytning til organisasjonen. Lai (2013, ss. 153-154) presiserer videre at lav eller mangelfull kompetansemobilisering direkte øker organisasjonens sårbarhet for å miste verdifull og kritisk kompetanse.

Linda Lai (2013, ss. 153-154) anvender begrepet «kompetansemobilisering» i forhold til om personen opplever å få brukt sin kompetanse i sitt arbeid. Hun peker videre på tre forhold som utvikles dersom den ansatte har opplevelsen av å få brukt kompetansen vedkommende sitter på: At den ansatte drives av sin indre motivasjon, at den ansatte knytter seg til organisasjonen på en følelsesmessig måte og derav identifiserer seg med organisasjonens mål eller oppgaver, og den siste effekten er at den ansatte har en høyere lojalitet til arbeidsgiver som fører til at den ansatte i langt mindre grad vurderer å forlate arbeidsplassen.

Selvbestemmelsesteorien legger til grunn tre grunnleggende behov som vil kunne nære oppunder den indre motivasjonen. Autonomi hos leger omtales ofte med en forventning om at dette ligger naturlig i legerollen. Jeg lurer på om den enkelte deltager opplever at arbeidshverdagen preges av selvbestemmelse og derav fører til motivasjon. I forbindelse med tilhørighet, undres jeg over hva legene selv opplever er viktigst og mest motiverende. Er det mulighetene til å være en del av en

profesjon og fagmiljø, eller er det viktigere med den demografiske tilknytningen? Dersom den enkelte lege kjenner seg tilknyttet til sitt arbeidsted, omhandler denne lojalitetsfølelsen da også selve helseforetaket eller er det mer rettet mot kollegier eller det kliniske arbeidet? Kompetanseaspektet er sannsynligvis en stor motivasjonsfaktor, spesielt for LIS legene som står i et spesialiseringsforløp og hverdagen preges av å utvikle kompetansen, men opplever legespesialistene at det tilrettelegges på samme måte for at de skal få dekket dette grunnleggende behovet for kompetanse i det daglige?

På bakgrunn av selvbestemmelsesteorien utvikles følgende forskningsspørsmål: *Hvordan kan opplevelse av de tre grunnleggende behovene autonomi, tilhørighet og kompetanse påvirke LIS-legene og legespesialistenes motivasjon for å jobbe i sykehus?*

## 4.0 Design og Metode

For å best mulig finne sammenhenger fra empiri og teori, har jeg valgt en hermeneutisk innfallsvinkel. Bukve (2016, s. 13) beskriver den hermeneutiske analyselogikken ved at forskeren veksler mellom å forstå og fortolke datamaterialet som en kontinuerlig prosess. Den hermeneutiske sirkelen beskriver at forskeren utvikler en stadig dypere kjennskap og forståelse for fenomenet gjennom å pendle mellom empiri og teori (Gadamer, 2017, s. 74). Gjennom denne analyselogikken utvikler jeg en stadig dypere forståelse av fenomenet ved å se det i lys av de kontekstuelle forhold. Dette gjøres gjennom at jeg som forsker, produserer mening i empirien gjennom å gå frem og tilbake mellom teori og empiri i jakten på å produsere en større mening i mine funn. Delene ses i lys av helheten, og helhetsforståelsen øker også som følge av dypere forståelse av delene. Eksempelvis leter jeg etter en større sammenheng og hva som er bakenforliggende motivasjon i de ulike delene i intervjuene med mine deltagere i studien.

Dette kapitlet vil gi en innføring i studiens design, metoden som er brukt for datainnsamling, samt analysefremgangsmåten som ble anvendt i studien for å besvare aktuell problemstilling og forskningsspørsmål. Kapitlet reflekterer prosessen som ligger til grunn for valgene som ble tatt gjennom designet og begrunnelsen for valg av metode, beskrivelse av case og en presentasjon av strategisk utvalg og kvalitativt intervju. Videre blir det redegjort for relabilitet, validitet og forskningsetiske aspekter ved arbeidet med oppgaven.

### 4.1 Forskningsdesign og metodetilnærming

Å gjennomføre vitenskapelige og aksepterte studier setter krav om at det benyttes anerkjente metoder. Dette forutsetter at studien har et design som støtter opp under valg av fokus og hvordan studien gjennomføres. Hvordan man benytter teori, innhenter data, behandler disse og analyserer i

studien henger sammen. Før studien gjennomføres vites det ikke om det vil resultere i noe nytt eller støtter tidligere forskning eller teori (Bukve, 2016, s. 13).

Målet med studien var å få en dypere innsikt i hva som motiverer til rekruttering og å beholde legespesialister i sykehus. Jeg har derfor anlagt en dybdesdesign med kvalitative metoden som innebærer at forskeren går tett på fenomenet for å avdekke sammenhenger og forklaringer (Bukve, 2016, s. 16). Gjennom den kvalitative vinklingen ønsker jeg å oppnå en større forståelse av det sosiale fenomenet som skal studeres, noe som ifølge Thagaard (2018, s. 11) er en viktig målsetting ved kvalitative tilnærminger. *“Kvalitativ metode studerer livet fra innsiden og retter oppmerksomheten mot hvordan vi lever vårt liv”* (Jacobsen D. I., 2018, s. 11).

Organisasjonsstudier er ofte case-basert. Gjennom disse casestudier kaster man er kritisk lys over eksisterende teori (Thagaard, 2018). Casestudier kjennetegnes ved et undersøkelsesopplegg som retter seg mot å studere mye informasjon om få enheter eller caser i sin naturlige kontekst (Thagaard, 2018, s. 51) Denne studien har form som en casestudie ettersom dette bidrar til å gi en virkelighetsnær beskrivelse av fenomenet rekruttering. I tillegg gir dette innsikt og mulighet til ny forståelse for elementer i forhold til hva som motiverer legegruppen når det gjelder å forbli eller forlate organisasjonen. Jeg har valgt denne strategien fordi den kan gi systematiske og detaljerte beskrivelser fra deltageres hverdag i sitt virke som LIS eller legespesialister. Dette fører til innsikt knyttet til deres opplevelse knyttet til hvilke motivasjonsfaktorer som vektlegges i valget de tar om å jobbe i sykehus og gir derfor en mer helhetlig forståelse for å kunne besvare problemstillingen.

Gjennom dette designet bygger kunnskapsutviklingen på de enkeltstående historiene som fremkommer i intervjuene (Repstad, 2007). Thagaard (2018, s. 54) hevder at intervju er en særlig velegnet metode for å få inngående kjennskap til hvordan deltageren opplever og forstår seg selv og



sine omgivelser. Jeg har samlet inn data fra virkeligheten gjennom individuelle intervjuer med totalt seks deltagere. Deltakerne i studien består av både LIS-leger og legespesialister, men studien har ikke til hensikt å anlegge en komparativ design. Deltakerne ble valgt fra begge grupper for å kunne gå i dybden på fenomenet som studeres. I neste avsnitt vil jeg presentere gruppen, samt gi en beskrivelse av hvordan disse ble rekruttert.

### 4.3 Strategisk utvalg

*«I strategisk utvalg har deltakerne egenskaper og kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til forskningsspørsmål og studiens teoretiske perspektiv»* (Thagaard, 2018, s. 54). I den strategiske utvelgelsen var jeg opptatt av å rekruttere leger med ulik spesialitet eller spesialistforløp, deltagere av begge kjønn, både med lokal tiknytning og tilflyttere, at arbeidshverdagen deres var fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten, samt å komme i kontakt med mulige deltagere som var i begge grupper når det gjelder å ønske å forbli eller forlate organisasjonen.

For å komme i kontakt med aktuelle deltagere brukte jeg mye tid på å fremsnakke studien jeg skulle i gang med. Gjennom en medstudent ved universitetet i Agder ble jeg anbefalt å kontakte LIS-koordinator ved de ulike helseforetakene og videre kontaktet jeg tidligere kolleger om tips til personer som var innenfor kriteriene jeg søkte etter. I tillegg fant jeg oversikt over tillitsvalgte for målgruppen min som jeg kontaktet for at disse kunne informere om studiet mitt i sine fora. Gjennom info gitt på LIS-møter og framsnakking av studien i ulike settinger meldte kandidater seg eller kom med forslag til aktuelle kandidater som kunne inneha innsikt eller erfaringer knyttet til tematikken. Jeg sendte ut mail med en kort forklaring om at jeg var student ved Universitetet i Agder og formålet med studien. Jeg kontaktet aktuelle kandidater til studien direkte, dersom jeg antok at vedkommende hadde nyttig bidrag for å belyse temaet.

#### **4.4 Utarbeidelse av intervjuguide**

For lettere å kunne sortere data fra intervjuene og kunne sammenligne, samt lage synteser utarbeidet jeg en intervjuguide. Denne intervjuguiden hjalp til å strukturere intervjuet og sørget for at jeg fikk avdekket ulike temaer i henhold til det Thagaard (2018, ss. 100-101) beskriver. Intervjuguiden var strukturert på en slik måte at det var temaer som jeg ønsket å komme inn på og som jeg etterspurte dersom deltagerne ikke selv kom inn på det. Jeg hadde søkelys på å stille åpne spørsmål slik at intervjuet var mer preget av en samtale mellom to personer, enn en type «utspørringsituasjon». Respondentene ble bedt om å reflektere rundt temaene og det ble satt av god tid til slik at de kunne bruke tid til å utdype svarene sine og til at jeg kunne stille aktuelle oppfølgingsspørsmål. I det kvalitative intervjuet vektla jeg å etablere et nært forhold til deltakeren for å kunne avdekke individuelle ønsker eller preferanser og de tungtveiende grunnene som ville være avgjørende for at nettopp denne deltageren (LIS-legen eller legespesialisten) vil velge å søke ny jobb eller forbli i sykehuset etter endt spesialiseringsforløp.

#### **4.5 Gjennomføring av semistrukturert intervju**

Intervjuer gir ifølge Repstad (2007, s. 19) en mere avgrenset og personlig informasjon. Disse intervjuene representerer deltagerens egne følelser, hensikter, oppfatninger i forbindelse med temaet intervjuet omhandler. I forbindelse med å avtale tidspunktene for intervjuene med deltagerne var jeg opptatt av å være smidig og legge tidspunktene til tider som passet for deltageren. Intervjuene foregikk individuelt over Teams og det ble tatt lydopptak.

Ved å anlegge en semistrukturert innfallsvinkel, åpnet jeg opp for at jeg kunne la meg lede litt av rekkefølgen på temaene som ble omtalt etter hvordan intervjuet forløpte seg. Samtidig så brukte jeg intervjuguiden til å sjekke at jeg hadde vært innom alle temaene før intervjuet ble avsluttet.

Det var viktig for meg å ha nok tid til hver deltager slik at de skulle få komme med sine erfaringer, ha mulighet til å reflektere underveis og sikre at de fikk fortalt hele sin opplevelse.

Intervjuet foregikk som en samtale, selv om jeg hadde fokus gjennom intervjuguiden på temaene vi skulle igjennom. Det var viktig for meg å stille spørsmålene på en åpen måte slik at deltageren fikk snakke om det som var viktig for de å formidle gitt temaene som var i fokus og det ble gitt anerkjennelse underveis for deltagerens synspunkter. Alle intervjuer ble startet og avsluttet med at deltageren ble takket for sin deltagelse i denne viktige studien.

Intervjuene varte fra 45 minutter til 90 minutter, avhengig av hvor mye de hadde på hjertet. Jeg valgte å transkribere kort tid etter hvert intervju. Alle de transkriberte dokumentene er anonymisert for å sikre at informasjonen som er gitt av deltagerne ikke kan identifiseres. I etterkant av transkriberingen ble lydloggen slettet. De transkriberte dokumentene fra intervjuene ble lagret passord beskyttet harddisk og vil bli slettet når det foreligger sensur på studien, i henhold til samtykkeerklæringen som deltageren har signert på.

## 4.2 Analyse

I analysedelen i denne studien har jeg benyttet meg av Malteruds (2011) fire trinn for tekstanalyse: Å danne meg et helhetsinntrykk, identifisere meningsdannede enheter i den transkriberte teksten - altså nøkkelord, skille ut innholdet i disse enhetene og å lage synteser gjennom å sammenfatte betydningen av de meningsdannede enhetene.

Analysearbeidet startet med at jeg leste gjennom datamaterialet for å finne fellesnevnerne. For å lettere kunne kategorisere dataene ble de delt inn tematisk i henhold til intervjuguiden og det gjorde det også mulig å kunne navigere mellom ulike responser til samme spørsmål. Jeg startet med å kode

nøkkelord og å se etter sammenhenger og ulikhetene i dataene som forelå. Deretter opprettet jeg et skjema som stikkordsvis strukturerte funnene mine og som gjorde arbeidet med analysen mere oversiktlig.

Jeg anla en abduktiv innfallsvinkel (Bukve, 2016, ss. 68-71) der jeg vekslet mellom å studere mine data, se disse i lys av det teoretiske rammeverket og pendle mellom data og teori for å avdekke årsakssammenhenger som bidrar til å forklare forskningsfunn eller et fenomen.

#### **4.6 Reliabilitet, Validitet og Generalisering**

Reliabilitet og validitet brukes i forskning for å beskrive om funnene eller resultatene i en studie er pålitelige og gyldighet (Jacobsen D. I., 2018, s. 19). For at studien skal ha relevans eller tillegges vekt fordrer det at jeg som forsker har vært transparent i mitt arbeid og redegjort for hvordan jeg har gått frem i studien (Jacobsen D. I., 2018, s. 19). Av den grunn har jeg hatt søkelys på å redegjøre for arbeidsprosessen i forbindelse med datainnsamlingen, og vært opptatt av å skille mellom hva som er direkte data fra intervju gjennom bruk av sitater og mine fortolkninger. Den systematiske analysen av dataene styrker også reliabiliteten. Jeg omtaler ikke bare det jeg festet meg ved gjennom intervjuet, men alle uttalelser fra deltakerne har blitt nøye gått gjennom og gruppert. Dette har så blitt analysert systematisk ut fra det teoretiske rammeverket.

Jeg valgte å ikke sende ut intervjuguiden sammen med infoskrivet ettersom tematikken allerede var kjent for deltageren og jeg ønsket gjennom dette fravalget å unngå at deltagerens svar ble påvirket av muligheten til å diskutere dette med andre eller at de ville ta hensyn til føringer innad i organisasjonen vedkommende er ansatt ved. Validiteten i denne studien er knyttet til resultatene og hvordan jeg som forsker har tolket dataene for å komme frem til resultater og en konklusjon. Jeg har

valgt å sitere deltagerne direkte for å belyse hva deltagerne har uttalt seg om og for å unngå mistolkninger. Videre har jeg hatt fokus på å være selvkritisk og transparent i analysen for å kunne gjenkjenne om det kan fremkomme faktorer som bidrar til andre resultater underveis i prosessen. Denne rolleavklaringen påvirker studiens gyldighet (Thagaard, 2018, s. 181).

Overføringsverdi og mulighet for å kunne etterprøve resultatene er kvalitetsindikatorer som vil bidra til at studiens pålitelighet og gyldighet. Denne etterprøvbareheten omhandler muligheten man har til å gjenskape hele eller deler av studien (Thagaard, 2018, s. 22). At de funnene jeg kommer til i min studie har overføringsverdi, vil i dette tilfellet si at jeg som forsker kan argumentere for at mine funn kan ha relevans i andre kontekster enn kun den jeg har foretatt min studie i (Thagaard, 2018, s. 194). Flere av funnene i denne studien samsvarer med funn fra tidligere forskning som er presentert i kapittel 1 og dette bidrar til å øke validiteten på studien min.

#### **4.7    Forskningsetiske aspekter**

Som forsker må man til enhver tid forholde seg til aktuelle føringer og etiske retningslinjer som er utarbeidet i forhold til hvordan man skal gjennomføre en studie. Disse retningslinjene omtaler blant annet hvordan forskeren skal opptre transparent og etterrettelig i forhold til metode for innhenting av datamateriale, kildehenvisninger, samt informasjon til deltagerne så vel som innhenting av samtykke (Gadamer, 2017, s. 21). Etersom studien min innebefatter innhenting og lagring av data gjennom intervjuer, og deltakernes bakgrunn beskrives, settes det krav til godkjenning fra SIKT / Norsk senter for forskningsdata. Søknad til Norsk senter for forskningsdata ble sendt og godkjenningen, som er vedlagt, ble mottatt i forkant av intervjuene.

Hvordan forskningen påvirker deltagerne er et viktig aspekt man må ta hensyn til som forsker, og forskeren må derfor være ha de etiske perspektivene klart for seg gjennom hele arbeidet med studien (Bukve, 2016, s. 45). Jacobsen (2018, ss. 45-51) nevner tre grunnleggende krav i forhold til forskere og deres deltagere: Informert samtykke som tilsier at deltageren selv må være i stand til å avgjøre om vedkommende ønsker å delta i studien. Han presiserer videre at deltageren må få velge fritt, inneha full informasjon knyttet til hensikten med studien og at deltageren må være innforstått med all relevant info som er gitt. For å imøtekomme disse kravene, etterspurte jeg om det var greit for vedkommende at jeg sendte de en mail med informasjon om studien (infoskriv, se vedlegg) slik at de kunne gjøre seg opp en mening om de ønsket å delta i studien. Informasjonsskrivet som ble sendt ut beskrev inngående hensikten. hvordan intervjuene ville foregå, tidsaspekt på intervjuet, at de når som helst kunne trekke sitt samtykke og at all data skulle anonymiseres. I tillegg ble de gjort kjent med at det ville bli tatt lydopptak og hvordan data og personvernet skulle ivaretas i henhold til retningslinjer fra NSD/SIKT.

Videre presiserer Jacobsen at deltageren skal ha rett på privatliv, det vil si at deltageren har rett på å ha aspekter av livet som ikke undersøkes. Jeg har derfor ikke gått inn på temaer som ikke har vært relevant for oppgaven. Sammen med informasjonsbrevet ble det vedlagt samtykkeerklæring som bekreftet at de hadde mottatt og forstått relevant info knyttet til studien, oppbevaring av data, samt at de samtykket til at dette datamaterialet ble anonymisert og gjengitt i min masteroppgave.

Samtykkeskjemaet ble signert og returnert til meg i forkant av intervjuene. Deltagerne i min studie ble på bakgrunn av dette gitt tilstrekkelig informasjon om studiens hensikt, omfang, samtykke og deres mulighet til å trekke samtykke tilbake, samt var innforstått med at intervjuene ville bli anonymisert, og hvordan datamaterialet ville bli oppbevart. Forskeren må her respektere deltagerens privatliv og det gjør jeg gjennom å anonymisere dataene som foreligger. Dette gjennomfører jeg ved at deltageren refereres til som deltager 1-6, det spesifiseres ikke kjønn, hvilken spesialisering deltageren innehar, regionen de bor i eller hvor de jobber.

Det siste kravet fra Jacobsen omhandler at forskeren gjengir funnene fra intervjuene på en transparent og fullstendig måte. Gjennom analyseprosessen har jeg derfor hatt fokus på å være objektiv og flittig bruke sitater for å underbygge fortolkningene som har funnet sted.

## 5.0 Presentasjon og drøfting av empiriske funn

Jeg har valgt å presentere analyse og drøfting i samme kapittel basert på hovedkapitlene i teoridelen. Dette har jeg valgt for å gi leseren en mere oversiktlig opplevelse og lettere synliggjøre det teoretiske grunnlaget for analysen. Det blir derav presentert to deler, i den første blir empirien fra studien belyst ut fra motivasjonsteori og i den siste delen som omfatter empiri i forhold til legespesialistenes behov for autonomi, tilhørighet og kompetanse, sett i lys av selvbestemmelsesteorien. Mine funn speiles og diskuteres opp mot kontekstuelle forhold og funn fra andre studier. Begge kapitlene innehar en avsluttende oppsummering med besvarelse av forskningsspørsmål.

### 5.1 Motivasjon; indre og ytre motivasjonsfaktorer

I denne første delen av analysen blir datamaterialet belyst ut fra det første forskningsspørsmålet som omhandler hva som er viktig i hensyn til indre og ytre motivasjonsfaktorer for deltagerne når det gjelder å jobbe i sykehus. Jobben vår tar en stor del av døgnetimer og det kan betraktes som viktig at det legges til rette for at motivasjonen hos de ansatte kan vokse. Alle mennesker er ulike, og dette påvirker naturligvis også hva som motiverer oss. Pinder (2019, s. 15) beskriver som sitert i teorikapitlet at motivasjon i jobbsammenheng består av indre og ytre krefter som tar initiativet til en arbeidsrelatert handling og avgjør handlingens forløp, samt varighet. Gjennom studien har jeg fått bredere innsikt i hva som motiverer legespesialistene og LIS-legene til å arbeide i sykehus. I dette kapitlet ser jeg på de indre og ytre motivasjonsfaktorene som deltagerne rangerte som viktigst for dem.

De fleste av deltagerne i studien beskriver at det som innledningsvis motiverte de til å søke stilling ved sykehuset de arbeider eller har arbeidet ved, var at det var ledig fast stilling eller et vikariat med mulighet for fast stilling, det fremkommer også at for noen var dette tilfeldig, mens for andre var



dette et bevisst valg i forhold til at de har tilknytning til distriktet de søkte seg jobb i. Dette fremkommer av sitat fra deltager 5 som beskriver at «*Jeg valgte det sykehuset fordi jeg har lokal tilknytning til det og det var ledig fast stilling*» (Deltager 5), mens deltager 4 forteller at «*Jeg søkte flere steder, så det var egentlig ganske så tilfeldig - men dette sykehuset var raskest med å gi meg jobbtilbud. Også kjente jeg folk fra studiene som bodde der*». Jeg fortolker disse utsagnene som at deltagerne har valgt å søke seg stilling sett ut ifra både behovet for fast stilling og demografiske forhold som tilknytning til stedet eller eksisterende nettverk. Dette kan forstås som at motivasjon i jobbsammenheng er et sett av indre og ytre krefter som ligger til grunn for den arbeidsrelaterte adferden og som også er avgjørende for blant annet denne adferdens retning og ikke minst varighet (Buch, Dysvik, & Kuvaas, 2019, s. 15). Retning i denne sammenhengen sees i lys av regionen de søker seg til dette sees også dette direkte påvirker varigheten av arbeidsforholdet. Verma, Ford, Howe, Everington og Steel (2016) beskriver også at funn fra studier påpeker at arbeidstakere med tilknytning til distriktet de søker seg arbeid i har større sannsynlighet for å forbli i regionen, og dette sammenfaller med de fleste av deltageres tilbakemelding i denne studien.

### *Faglig felleskap og arbeidsmiljø som motivasjonsfaktor*

Legeyrket fremstår som en trygg jobb ettersom det til stadighet er stor etterspørsel både i det offentlige, så vel som i det private helsevesenet. Ettersom offentlig helsevesen drives med stor grad av døgntilbud gir dette også legene ettertraktet i forbindelse med forsvarlighetsprinsippet. Flere av deltagerne forteller at de gjennom LIS-forløpet fikk oppfordringer om å huske på dem når de var ferdig utdannet. Dette er ikke direkte jobbtilbud, men tolkes mere som en oppfordring til den enkelte LIS om å søke jobb i en avdeling hvor kollegiene ser at de gjennom turnustiden har gjort en god jobb og de det kunne vært ønskelig for avdelingen å kunne rekruttere denne legen når spesialistforløpet er ferdig.

*«Jeg opplever på det kollegiale planet at folk ønsker at du skal bli. Når du for eksempel tar kontakt med en annen spesialist, så får jeg til svar at husk på oss når du er ferdig, eller at det er et ønske om at du gjerne søker hos oss. Samtidig er det jo litt varierende når du kommer litt opp i systemet. Jeg har snakket mye med kollegier om å rekruttere og beholde, at en sånn telefon om at du fra noen som sier at vi vil gjerne at du skal jobbe hos oss, tror jeg har veldig mye å si. At det er viktig da!» (Deltager 3).*

Dette fortolker jeg til at det kollegiale felleskapet bidrar til og fremmer motivasjon for å arbeide i sykehus. Det å bli anerkjent på denne måte gjennom å få «kollegiale jobbtillbud» anses som en måte å vise respekt for den enkeltes kompetanse og gir opplevelsen av å bli både sett og godtatt som person, samt vil trolig fungere som en motvekt til at det fremkommer at det er lite av anerkjennelse høyere oppe i systemet. Denne formen for anerkjennelse rommer alle de tre grunnleggende behovene (autonomi, tilhørighet og kompetanse) som ifølge Ryan og Deci (2018) nærer den indre motivasjonen.

Ryan og Deci (2020a) beskriver videre at mennesker drives av søken etter mening og ikke bare lønn. Dette underbygges av de fleste av studiens deltagere som forteller at arbeidet med pasientene, det faglige felleskapet og arbeidsmiljøet har vært utslagsgivende for trivselen og at de derfor har ønsket å forbli i sitt arbeid på sykehuset de arbeider ved. Motiverte ansatte utfører bedre kvalitet i sitt arbeid og fremmer et attraktivt arbeidsmiljø (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 228). Dette kommer til syne i sitatet fra deltager 1 som sier: *«Min opplevelse av arbeidsmiljøet er at det er veldig bra, faktisk. Det er godt miljø, man blir fulgt godt opp [av andre spesialister]. Generelt et godt fagmiljø synes jeg. Jeg har lyst til å bli her fordi jeg føler meg anerkjent»* Videre har deltager 2 en annen opplevelse:

*«Jeg fikk veldig mye ansvar, nesten fra dag en, bare fordi jeg var LIS. Ikke visste jeg noe særlig om stedet ettersom jeg var ny og i tillegg fikk jeg negative tilbakemeldinger hvis noe ikke var helt som en av spesialistene i etterkant kunne tenke seg at det skulle vært gjort. Dette gjorde at jeg følte meg velig liten og alene, og jeg var glad når perioden der var over» (Deltager2).*

Jeg fortolker dette på den ene siden som at opplevd anerkjennelse i det daglige fra kollegier og et godt faglig felleskap gir jevnlig kompetanseutvikling. Dette bidrar til å utvikle tilknytningen til arbeidsstedet, og dertil synes det å kunne nære motivasjonen til å bli værende innad i egen organisasjon. Dette kan forstås i lys av at tilrettelegging i arbeidet styrker indre motivasjon, sosial utvikling og velvære (Ryan & Deci, 2020a). På en annen side beskriver deltager 2 en annen opplevelse hvor manglende veiledning og for stort ansvar i forhold til sin kompetanse ikke bare oppleves demotiverende, men også at dette kan føre med seg mistriivsel og opplevelse av utrygghet. Ettersom deltageren forteller at vedkommende var glad når perioden var over fortolker jeg dette som at denne utryggheten vil kunne føre til at organisasjonen står i fare for å kunne miste verdifull kompetanse. Dette sees også hos Buch, Dysvik og Kuvaas (2019) som påpeker at mangel på motivasjon og mestring påvirker varigheten på arbeidsforholdet.

### *Lønn som motivasjonsfaktor*

Alle deltagerne forteller at de ikke ble direkte motivert av lønnen, da denne er standardisert og man får lønn etter tariff-bestemmelsene. De fleste opplevde lite mulighet for å kunne påvirke lønnen og at dette ikke var «tema» under ansettelsen, men en bemerket at vedkommende hadde bekjente ved andre sykehus som har hatt denne muligheten for å forhandle lønn ved ansettelse, dette sees i sitat fra deltager 3:

*«....Jeg har jo bekjente og kolleger andre steder i landet, hvor LISene forhandler på lønn og får mer rekrutteringstillegg og den type ting da, men det har de vært veldig steile på her – og har hørt helt siden jeg begynte her egentlig, at det forhandles ikke på lønn... Jeg har ikke opplevd at jeg har kunnet påvirke det i det hele tatt og det tenker jeg er negativt for rekrutteringen» (Deltager3)*

mens deltager 2 hadde en annen opplevelse i forhold til påvirkning:

*« det var ikke den avgjørende faktoren, men det er klart lønnen vår er viktig. Vi har jo et rekrutteringstilskudd og et tillegg for utvidet vaktområde og sånn da. Jeg fikk et jobbtilbud med høyere lønn på et annet sted, men det var sånn ca 50% nattevakter, det vippet meg tilbake til sykehuset for det er ikke verdt det, siden jeg har fått barn og sånn» (Deltager2).*

Det kan synes som at lønn ikke er det viktigste blant deltagerne i studien, hvilket også fremkommer i annen forskning hvor lønn var et av de faktorene som ble rangert lavest i fht motivasjonen (Holm-Pedersen, Hansen, & Vinge, 2006). Allikevel fremmes det av de fleste et ønske om å kunne ha muligheten til å påvirke sin egen lønn og at å ikke ha denne muligheten ansees direkte hemmende eller negativt når det gjelder å rekruttere og beholde legespesialister i sykehus. Dette tross for at det sees i forskning både fra Norge (2008) Danmark (2006) at økte tillegg ikke nødvendigvis alltid er det som er trekkplasteret for å få rekruttert kvalifisert personell. Viktigheten av å kunne forhandle lønn synes å kunne sees i sammenheng med det grunnleggende behovet for autonomi og det å ha muligheten til å påvirke sine omgivelser og herunder sin lønn eller å kunne foreta et selvstendig valg i forhold til hvor man ønsker å jobbe ut ifra hensyn til det den enkelte prioriterer. Dersom dette er en mulighet vil det kunne medføre at den ansatte blir mere interessert og kjenner seg mer motivert for å utføre sine arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte (Ryan & Deci, 2000, s. 3 og 71).

En av deltagerne tar frem at lønnen i forhold til ansvaret er dårlig og at dette direkte påvirker arbeidsmiljøet ettersom folk sier opp sine stillinger.

*«Grunnlønna i forhold til det vi driver med er jo ganske dårlig. Og lønna og arbeidsmiljøet henger sammen i en sånn loop for hvis en person som sykehuset har brukt 5-6 år på å utdanne til spesialist også forsvinner ut til det private står det ingen der klare for å ta over stillinga- og når arbeidsmiljøet er basert på at du må ha nok folk til å få det til å gå rundt. Arbeidsbelastningen er helt avhengig av at du får fylt de stillingene. Folk slutter, det blir bare mer og mer å gjøre fordi de trenger fler og fler folk. For meg er det aller viktigste lønna, ... det og fagmiljøet da. Hvis grunnlønnen hadde matchet så vil man jo jobbe på sykehus – det er jo der det skjer, ikke sant? Men så er det mye mer til livet enn bare jobb også»*

*(Deltager 4).*

Dette med at livet er mer enn jobb kan ses i lys av det professor Knardahl (2023) beskriver om at økt vaktbelastning fører med seg oppsigelser blant helsepersonell. Dette fortolkes videre at den økte belastningen som legges over på de gjenværende ansatte og sett i sammenheng med de utfordringene som dette medfører på det private livet kan det medføre at organisasjoner derav står i fare for å miste kritisk personell. Dette synes dekkende i annen forskning som beskriver at dagens leger i større grad ønsker å ha en jevnere balanse mellom arbeidsliv og privatliv (Aasland, Røvik, & Wiers-Jensen, 2008).

Et annet aspekt som samtlige deltager tar opp er Helse-Norges kultur for bruk av vikarer. Behovet for kvalifisert arbeidskraft i offentlig helsevesen er økende og medfører tendens til bruk av vikartjenester for å fylle opp stillingen, samt dekke forsvarlighetsprinsippet som er pålagt i hht

spesialisthelsetjenesteloven (2001). Denne bruken av vikarer påvirker ifølge flere av deltagerne ikke nødvendigvis utelukkende positivt, deltager 2 beskriver det slik:

*«Der det har vært mer kontinuitet i spesialistdekningen over tid har de en bra kultur, men så er det andre avdelinger som er mer vikarstyrte og der kan det være litt mer kaotiske tilstander. Det er klart lønna er en viktig faktor som det ikke tematiseres så godt, men jeg tror det er mange overleger som føler en viss urettferdighet når en vikar tjener tre ganger mer enn deg, det virker jo ganske urimelig, så jeg håper det blir rom for lønnsforhandlinger når jeg er ferdig»*

*(Deltager 2).*

Jeg fortolker sitatet fra deltager 2 som dekkende for de fleste av tilbakemeldingene fra intervjuene. Alle deltagerne forteller at de ikke ble direkte motivert av lønnen ettersom denne er etter tariffbestemmelsene, dog sees det at spesialistmangelen medfører økte belastninger og dertil hyppig bruk av vikartjenster. Spesialistmangelen ser ikke ut til å forsvinne og den årlige kartleggingen fra NAV estimerte en mangel på 1200 legespesialister (2023). Ifølge alle deltagerne oppleves bruken av vikarer som en dyr nødløsning for å fylle forsvarlighetsprinsippet og at dette kan synes å være en ressursbruk som ikke forener deres felles ønske om å kunne påvirke sin egen lønn. Et annet aspekt som fremkommer fra flere av deltagerne er at ulik avlønning virker demotiverende på de ansatte man i utgangspunktet skal ønske eller jobbe for å beholde. Dette beskriver også Linda Lai (2011) som skriver at det å ikke oppleve seg prioritert eller forskjellsbehandlet svekker motivasjonen.

### *Fasiliteter som motivasjonsfaktor*

To av deltageren beskriver at de opplever at fasilitetene ved de sykehusene de jobber på er av betydning for ønsket om å forbli eller forlate organisasjonen. Funnene beskriver to ytterpunkter fra frustrasjon over lite teknisk tilretteleggelse og utdaterte systemer som vanskeliggjør arbeidet til

positivitet knyttet til fine lokalisasjoner. Sitatet fra deltaker 4 illustrerer dette: «...når man ikke har det man trenger av utstyr blir det jo vanskelig og i tillegg må jeg betale for kaffen, mens man venter på teknisk hjelp - er jo ikke akkurat motiverende» Deltaker 2 har derimot en annen erfaring: «Vi er jo heldige ...at lokalene er trivelige og har gode løsninger gjør jo at man samarbeider bedre»

Disse sitatene kan tolkes som at det fremmer motivasjonen og samarbeidsklime innad i personalgruppen dersom man har tilrettelagte lokaler eller utstyr for å kunne gjøre jobben man er satt til å gjøre. Dette underbygges også av Ryan og Deci som beskriver at utenforstående faktorer (som eksempelvis lokaler og utstyr) påvirker motivasjonen (2020, s. 56). Det kan derimot oppleves demotiverende dersom man opplever frustrasjon knyttet til trege byråkratiske prosesser. Eksempelvis at det ikke prioriteres å løse utfordringer knyttet til teknisk hjelp eller at man mangler ressursene for å kunne gjøre jobben sin på en effektiv måte. Linda Lai (2013, s. 166) beskriver at det er avgjørende for den ansatte at forholdene ligger til rette for å kunne mobilisere sin kompetanse på betydningsfull og derav motiverende måte. Ettersom det kun er to stykker som nevner lokalisasjonsfasilitetene uoppfordret tolker jeg det slik at dersom det ikke oppleves å påvirke arbeidet utelukkende positivt eller negativt er ikke denne (motivasjons)faktoren noe som vektlegges i det store bildet i forhold til om man skal ønske å jobbe i sykehus.

### *Anerkjennelse som motivasjonsfaktor*

Som et sentralt element kommer begrepet anerkjennelse inn. Det å ha opplevelsen av respekt og det å bli sett, samt verdsatt for sin kompetanse i det daglige (Deci & Ryan, 2018) er en viktig motivasjonsfaktor hos alle deltagerne i studien. Noen av deltagerne assosierer anerkjennelse direkte med lønn, mens andre omtaler anerkjennelse som en mer samlebetegnelse for ulike elementer som fører til trivsel og derav nærer motivasjonen. Dette underbygges i sitat fra deltaker 3:

*«Det går vel litt ut på det samme som med lønna, man har jobbet mange år for å bygge opp den kompetansen som det absolutt er behov for, også skal man ikke møtes på noen småpenger. Når man vet samtidig at man bruker så mye penger på vikarer – det oppleves litt vanskelig å forstå» (Deltager 3).*

Dette fortolkes som at anerkjennelse for noen av deltagerne også kan måles i kroner og ører, eller gi opplevelsen av å ikke bli anerkjent når at det prioriteres fra ledelsens hold å heller bruke midlene på å leie inn vikarer. Deltager 5 beskriver derimot anerkjennelse gjennom opplevelsene det kollegiale forholdet gir:

*«Kollegaene imellom er flinke til å gi hverandre skryt, men ikke noe anerkjennelse fra lederne. Jeg hadde bare sagt at jeg skulle slutte og leverte oppsigelsen. Jeg vet de hadde et møte med min leder og lederne over denne personen og at møtet handlet om at jeg skulle slutte, men de tok ikke kontakt med meg med noe spørsmål om hva som kunne vært gjort bedre og det synes jeg egentlig var veldig spesielt. Altså det var ikke noe munnhuggeri eller krangel, men jeg synes det er rart de ikke tok kontakt engang og jeg følte meg i alle fall ikke anerkjent for jobben jeg hadde gjort» (Deltager 5).*

Det å bli sett i det daglige og oppleve å bli anerkjent for sitt arbeid tolkes som viktig i forhold til motivasjon og trivsel på arbeidsplassen for alle deltagerne. Alle deltagerne beskriver videre at det er kollegaene som står for anerkjennelsen og at ledelsen ikke viser dette i stor grad – hvilket ikke er så utenkelig ettersom sykehusene er fagbyråkrati og den «utøvende makten» ligger for det meste hos de andre klinikerne (Mintzberg, 1980). I det daglige vil jeg tro at støtten kollegaene står for kompenserer for å dekke behovet hos den enkelte for anerkjennelse. Dog synes det som at når det oppstår litt større foranledninger som deltager 5 beskriver og at ledelsen ikke kom på banen ved oppsigelse påvirker denne personenes opplevelse av anerkjennelse. Det vil tilsynelatende også



dempe motivasjonen hos deltageren for å ønske å komme i dialog (med ledelsen) og hvor utfallet blir at vedkommende forblir i organisasjonen. At deltager uttaler at vedkommende i alle fall ikke følte seg anerkjent for jobben som var gjort vil jeg tro hindrer både følelsen av tilknytning og opplevelsen av å ha en egenverdi. Jeg fortolker dette videre som skadende for arbeidsforholdet og motivasjonen. Dette underbygges av Buch, Dysvik og Kuvaas (2019) som beskriver at den som ikke møtes på en motivasjonsfremmende måte vil oppleve mindre tilfredsstillelse på jobb og kan være utslagsgivende at vedkommende ønsker å bytte arbeidssted.

### *Prioritert privatliv som motivasjonsfaktor*

Ryan og Deci (2020, s. 56) beskriver at arbeidsmotivasjon kan næres av faktorer som bedrer sosiale vilkår, herunder arbeidstid. Dette er også forenlig med forskning som viser at større andel av legene prioriterer privatliv og tid med familien når de velger arbeidssted eller spesialisering. Aasland, Rørvik og Wiers-Jenssen (2008) viser til funn i studien sin hvor viktigheten av balansen mellom privatliv og arbeidsliv hadde økt både hos de kvinnelige legene, så vel som deres mannlige kollegier. Det ble foreslått at bedre tilrettelegging for at legene kunne ha et normalt familieliv ville øke rekrutteringen. Alle deltagerne i studien var tydelige på at å arbeide som lege innebattet å jobbe vakter eller ugunstige tider av døgnet og at mangelen på spesialister gjorde at belastningen ytterligere økte i den grad at de kjente at dette påvirket deres privatliv.

«Jeg var ganske klar på at jeg ville være i nærområdet hvor vi var etablert» (deltager 6). Jeg velger å fortolke dette som at vedkommende først og fremst tok hensyn til familiære forhold når vedkommende valgt arbeidssted. Deltager 3 beskriver videre at vedkommende opplever utfordringer med tanke på å kunne ha et normalt familieliv:

*«Altså sånn, når man går lange vakter da – så er man jo kjempesliten når man kommer hjem, også skal du da samtidig kjenne på dårlig samvittighet for at du er*

*borte fra familien. Og da skal du jo liksom være til stede for familien når du kommer hjem. Etter at jeg fikk barn så har jeg veldig sjeldent gått og lagt meg, for da føler jeg at jeg har lyst til å være sammen med barnet før det er leggetid og jeg har vært mye borte allerede og partneren er kanskje slitne av å være alene med alt.*

*Det er en sånn litt umulig oppgave hvor man kjenner seg litt i strekk i alle retninger. Noen ganger tenker jeg på om det [arbeidet] er verdt det». (Deltaker 3)*

Jeg velger å fortolke dette som at med økte arbeidsbelastninger og å stadig føle seg dratt i alle retninger i forhold til arbeidsoppgaver og familieliv gir en følelse av å ikke strekke til. Det kan tenkes at vedkommende føler seg sliten og lite anerkjent for sin innsats på alle arenaer. Dette vil jeg tro har en betydelig innvirkning på motivasjonen, hvilket også fremkommer ved at vedkommende tenker på om denne jobben er verdt tiden vedkommende opplever å miste fra familien. Dette underbygges også av professor Knardahl (2023) som beskriver at helsepersonell sier opp sine stillinger fordi arbeidsbelastningen blir for stor og går på bekostningen av familien.

Jeg støtter meg til Aasland, Rørvik og Wiers-Jenssen (2008) forslag om at både rekruttering og motivasjonen hos legespesialister for å forbli arbeidende i sykehus ville blitt betydelig påvirket ved å legge til rette for at legene i større grad ville kunne ta del i familielivet.

### **5.1.1 Oppsummering og besvarelse av forskningsspørsmål**

Gjennom analysen har det vært fokus på å avdekke hvilke indre og ytre motivasjonsfaktorer som oppleves viktigst hos LIS-legene og legespesialistene i studien og hvilken betydning disse elementene har på motivasjonen for å jobbe i sykehus.

Minst motiverende var lønn og fasilitetene på arbeidsplassen, dette var ikke så uventet ettersom lønn er fastsatt etter gjeldene tariffbestemmelser. Dette samsvarer med funn fra andre studier (Aasland,

Rørvik og Wiers-Jensen (2008). Samtidig er det tydelig at det allikevel hadde stor innvirkning på begge de deltagerne som nevnte fasilitetene på arbeidsplassen. Alle deltagerne sier at de opplever å ha lite innvirkning på lønnen, at sykehusene i utgangspunktet har enn policy som går ut på at «man ikke forhandler lønn». Et par av deltagerne beskrev at det kan gjøres egne avtaler i forbindelse med rekrutteringstillegg, men en forteller at dette som oftest gjelder stillinger med høy vaktbelastning og at vedkommende ikke valgte å ta stillingen med dette tillegget på bakgrunn av ubekvemme arbeidstider. De fleste deltagerne forteller at det i utgangspunktet ikke er lønnen de går etter, mens en annen deltager sier at vedkommende ville tatt en ny jobb på dagen, dersom vedkommende fikk bedre lønn og samtidig bedre arbeidstid. Imidlertid var de alle sammen opptatt av at de synes lønnen var lite påvirkelig og at dette kunne synes negativt på rekrutteringen, samt at de alle sammen kunne ønske seg at det var muligheter for å kunne forhandle. Det ble også foreslått å øke grunnlønnen, i motsetning til hyppig bruk av ulike vikarfirmaer og alle opplevde det meningsløst å betale en vikar opptil tre ganger mere enn en fast ansatt lege, samt at dette påvirket motivasjonen negativt. Det fremkom også at det var forståelse blant deltagerne for at legene leide ut sine tjenester. Allikevel sier de fleste av deltagerne at de vegrer seg for å gjøre dette av etiske hensyn ovenfor sine kollegier. Dette velger jeg å fortolke til at den kollegiale tilknytningen er viktige enn lønnen.

Mest motiverende var: fagligfellesskap, trivsel i arbeidsmiljø og hensyn til familien. Dette sees også i andre studier både i Danmark (2006) og her i Norge (2008). Disse underbygger Ryan og Deci (2018) sin teori om at indre motivasjon er det viktigste aspektet ved motivasjons i arbeidslivet. Samtlige av deltagerne beskriver at de jobber i helseforetak som innehar godt arbeidsmiljø, men at det har vært forskjellige opplevelser fra sted til sted under spesialistforløpet. Det fremkommer i studien at det er kultur i de ulike sykehusene for å legge til rette for kursing, men alle sammen forteller at det ofte er eller var vanskelig å ta ut fordypningstimene de er godskrevet ettersom det er

lite folk på jobb og samtlige beskriver at hverdagen er preget av høyere arbeidsbelastning knyttet til spesialistmangelen.

Alle deltagerne beskriver videre fagmiljøet som godt og rommende, at de har god støtte fra sine kollegier og opplever å få anerkjennelse for den jobben de gjør. Dog bemerker de at dette kommer fra sine kollegier og at det ikke er noe de opplever i det daglige fra ledelsen og flere forteller også at de derfor føler seg som en «brikke i systemet» i forbindelse med det lovpålagte forsvarlighetsprinsippet (2001). Det kan tenkes at dersom deltagerne opplever et godt fagmiljø vil det kunne veie opp fraværet av anerkjennelse fra ledelsen og bidrar til at den enkelte kjenner seg anerkjent i det daglige. Denne ivaretagelsen av behov for tilhørighet og kompetanse legger til rette for vekst av den indre motivasjonen, så vel som øker effektiviseringen og trivselen på arbeidsplassen. Dette sammenfaller i boken til Jacobsen og Thorsvik (2016, s. 228) som beskriver at motiverte ansatte utfører bedre kvalitet på arbeidet de utfører og fremmer et attraktivt arbeidsmiljø. Videre var alle sammen opptatt av balansen mellom privatlivet og arbeidslivet og at den økte vaktbelastningen på bakgrunn av spesialistmangelen var utfordrende, både av hensyn til familien og ga deltageren en følelse av å være presset i hverdagen. Knardahl (2023) beskriver at økning av krav, arbeidsoppgaver og vaktbelastning går utover familielivet og er ofte utslagsgivende for at helsepersonell velger å si opp jobbene sine. Dette belyses også i sitat fra deltakeren som beskrev å ha tanker om arbeidsbelastningen er verdt å miste tid med familien for og å til stadighet kjenne på dårlig samvittighet for å ikke strekke til hverken på jobb eller i det private.

## **5.2 Selvbestemmelsesteorien**

I den andre delen av analysen blir datamaterialet belyst ut fra det andre forskningsspørsmålet som omhandler legespesialistenes og LIS-legenes opplevelse av selvbestemmelsesteoriens grunnleggende

behov for autonomi, tilhørighet og kompetanse, for så å se nærmere på hvordan dette påvirker motivasjonen for å jobbe i sykehus.

### 5.2.1 Legespesialistenes behov for autonomi

Autonomi er selve grunnpilaren i selvbestemmelsesteorien og med dette menes det at man som menneske velger og tar selvstendige avgjørelser i forhold til sine handlinger (Deci & Ryan, 2018).

Det grunnleggende behovet for autonomi omhandler i hvor stor grad en person, i denne sammenhengen Lis-legene og legespesialistene, kan kunne påvirke sine omgivelser.

I jobbsammenheng kan autonomi altså ansees som «*når og hvorledes og i hvilket tempo arbeidet skal utføres*» (Buch, Dysvik, & Kuvaas, 2019, s. 39). Dette belyses godt i sitatet fra deltager 4:

*«Det er egentlig sånn at når du er lege har du det personlige ansvaret, så ja du har prosedyrer og sånne ting- men det betyr ikke at du trenger å følge dem [prosedyrene]. Hvis du vurderer noe annet så er det vurdert, ikke sant? Altså det tror jeg ikke avdelingene videreformidler og det gjør det jo litt vanskelig å utøve i dagens situasjon». (Deltager 4).*

Dette fortolker jeg som at det ligger til rette for autonomi i det daglige, men at det kan være vanskelig å utøve. Dette fordi det fremkommer at dette selvstendige ansvaret ikke kommuniseres i så stor grad og at det foreligger en forventning om at den enkelte lege skal forholde seg til prosedyrene som til enhver tid foreligger. Å jobbe i sykehus gjør at hverdagen preges av prosedyrer og rutiner som er nedfelt i det interne kvalitetssystemet i spesialisthelsetjenesten. Dette skal sikre pasientene best mulig og forsvarlig behandling. På bakgrunn av dette foreligger derfor klare forventninger til oppgavene som skal gjennomføres, men det eksistere allikevel rom for påvirkning gjennom tilbakemeldinger og forslag til forbedringer. I tillegg står den enkelte legen fritt til å gjøre ulike

prioriteringer knyttet til sine selvstendige vurderinger og preferanser i forhold til i hvilken grad de velger å bruke seg selv i møtet med pasienten, tidsbruk og intensitet i arbeidet.

Berg (2022, ss. 225 og 229-240) beskriver at legerollen er i endring og det forventes at legen skal handle ut ifra retningslinjer både av kvalitetsmessige og etisk art, samt at disse kravene som settes for yrkesutøvelsen er mere offentlig og kontrollerbart. Når dette er sagt fremkommer det i alle intervjuene at det stadig fremsettes nye krav eller pålegg og at dette kan virke innskrenkende på den opplevde autonomien.

*«Det er jo noe med det at det hele tiden påpakkes nye oppgaver, det blir jo ganske mye oppgaver etter hvert. Og når du hører, altså nå må dere være flinke til å spare penger for dette sykehuset og vi kan ikke ansette noen flere - dere må bare jobbe litt hardere og prøve å komme gjennom oppgavene deres så godt dere kan. Og selv om vi må ta en dugnad sammen, så vet jo alle at dette er en varig greie. Blir liksom den nye normen og ikke får vi anerkjennelse eller kompensasjon i kroner og øre. Hadde de sagt OK, nå i 6 måneder er vi nødt til å pålegge mer arbeid, men vi jobber sånn og sånn og når vi har fått inn noen... Det er frustrerende, når vi er på strekk allerede. Går på tilliten løs» (Deltager 5).*

Økt ansvar og stadige pålegg går igjen i tilbakemeldingene fra intervjuene hos alle deltagerne. Det fortolkes at påleggene går på bekostning av andre oppgaver i en allerede stressende hverdag og at disse oppgavene sammen med dugnadsarbeid for å fylle opp hullene i turnusen pga spesialistmangelen oppleves frustrerende – hvilket kommer tydelig frem i sitat fra deltager 6 som sier:

*«Hvis det er andre ting som stjeler tiden, altså hvis du blir pålagt mye papirarbeid, blir det mye administrativt arbeid. De siste årene så blir man jo bare pålagt flere*

*og flere oppgaver, dette skal dokumenteres, kompetanseportaler, må gjennom sånn og sånn... altså blir jo helt matt, og det merker jeg jo skaper mye frustrasjon at jeg må bruke tid på dette og tenker det er ikke liksom motiverende- for jeg vil jo heller bruke tiden på pasientsaker og hands-on klinisk arbeid» (Deltager 6).*

Jeg fortolker dette som at deltageren motiveres av pasientrettet arbeid og at det skaper frustrasjon at det stadig er nye pålegg og kvalitetssystemer som fører til at tiden istedenfor må brukes på administrativt arbeid. Dette kan i ytterste konsekvens gjør at arbeidstakeren ikke opplever at arbeidet er meningsfullt, bli en kilde til demotivasjon og føre til redusert mestringstro, hvilket Linda Lai (2013, ss. 153-154) også beskriver i sin bok.

De store endringer i legerollen kommer også til syne i forskning og tilsier at det vektlegges andre ting hos de yngre legene enn før - i tillegg til at kravene som settes til dem kontinuerlig synes å øke (Berg, 2022, s. 225). Janbu (2000) beskriver et generasjonsskifte blant legene og Aasland, Rørvik og Wiers-Jenssen (2008) forteller at deres funn peker i retning av at yngre leger er langt mere opptatt av en sunn balanse mellom arbeidstid og fritid, samt er mere familieorienterte enn sine forgjengere. Gjennom intervjuene fremkommer det at hensynet til partner eller familie står frem som en de viktigste faktorene sammen med hvilken påvirkning arbeidet hadde på privatlivet. I studien fremkommer det videre at deltagerne opplever at vaktbelastningen opprinnelig var krevende, men overkommelig – tross for at arbeidstiden har stor påvirkning på privatlivet. Det presiseres av alle deltagerne at det er «unntakstilstander» knyttet til spesialistmangel og at dette medfører ytterlige påkjenninger for de gjenværende ansatte. De fleste beskriver at det er stor vilje innad i legegruppene i de ulike sykehusene for å dekke opp de ledige vaktene, men at dette medfører en del frustrasjon knyttet til dugnadsarbeidet. Dette begrunner de i at de ikke opplever at ledelsen jobber strategisk godt nok med rekruttering, eller at det er for lite informasjon fra ledelsen i forhold til hva som foretas

for å løse situasjonen. Et annet aspekt som deltagerne drar frem, er at det er uvisst hvor lenge denne dugnadsånden er forventet fra dem. Dette illustreres godt i sitatet fra deltager 4:

*«De fleste leger er jo sammen med andre leger og det er en grunn til det.. Nytter ikke å forklare hvorfor du er på jobb i 60 timer til noen andre. Det er jo også sånn med arbeidstid, ikke sant? Man jobber jo hele tiden ugunstig og det er ikke noe gunstig for resten av livet ditt – uansett hva du driver med, og det blir bare verre når man får barn. Jeg har mange kolleger som bare stopper opp og hopper av. Alle klarer å jobbe ganske hardt i en periode, men når du ser ledelsen på en måte ikke klarer å få i gang noen ting, da slutter folk fordi man er slitne» (Deltager 4)*

Jeg fortolker dette som at det foreligger en forventning om å jobbe mye som leger, men at spesialistmangelen fører med seg økt vaktbelastning som synes å vanskeliggjøre mulighetene til å oppleve autonomi i det daglige – både i arbeidslivet så vel som privatlivet.

Professor Knardahl (2023) beskriver at økt vaktbelastning som oftest er hovedgrunnen til at helsepersonell slutter i jobbene sine, hvilket gjør at det blir ytterligere arbeidsbelastning på de som forblir i jobbene sine. Denne opplevelsen synes gjeldene også hos deltagerne i denne studien som beskriver at løsningen på spesialistmangelen fremstår som uavklart og av ukjent varighet. Dette tolker jeg som bidrag til frustrasjon og gi en opplevelse av at autonomien er innskrenket. Denne opplevelsen kan trolig være en demotiverende faktor i forbindelse med å jobbe i sykehus.

Linda Lai (2013, s. 166) beskriver at opplevelse av autonomi er avgjørende for at den enkelte ansatte skal kunne mobilisere sin kompetanse på en motiverende og betydningsfull måte. Det tenkes at stadige nye pålegg om arbeidsoppgaver eller å måtte gå flere vakter vanskeliggjør opplevelsen av autonomi i hverdagen. Ettersom det heller ikke fremkommer hvor lenge det er forventet at man skal



utføre dugnadsarbeidet, vil dette påvirke den enkeltes muligheter til å kunne benytte sin kompetanse på en motiverende måte. Dette underbygges ved at alle deltagerne i studien forteller at de merker godt på kroppen at det er mangel på spesialister og at dette påvirker de mulighetene de har når det gjelder å leve meningsfulle privatliv. Deltager 1 belyser hvilken grad den økte belastningen påvirker muligheten til å ha et familieliv:

*«Skal ikke feie under teppet at det å være lege på mange måter er litt tøft og attpåtil hvis det er to leger under samme husstand så er det ikke lagt til rette for et rolig og stabilt familieliv. Det er ganske stor vaktbelastning sammenlignet med andre steder. Det går mye krefter og energi på jobb. Krever mye planlegging og hadde man hatt barn ... Det må jeg si: de som får til det, det er jo egentlig ganske imponerende» (Deltager 1).*

Jeg fortolker dette til at legene i utgangspunktet har visst hva de gikk til i valg av yrke og at høy vaktbelastning var forventet, dog fremkommer det at belastningene har økt i takt med spesialistmangelen og at de stadige påleggene oppleves krevende i en allerede stresset hverdag. Buch, Dysvik og Kuvaas (2019, s. 39) omtaler autonomi i arbeidslivet som opplevelsen av å kunne bestemme når, hvordan og i hvilket tempo arbeidet skal gjøres. Det kan synes som at de stadig økende kravene eller vaktbelastning kan bli et hinder for opplevelse av jobbautonomi ettersom disse påleggene begrenser muligheten for å kunne planlegge egen arbeidsdag gjennom å påvirke hva som skal gjøres, dog kan den enkelte fortsatt ha selvbestemmelse i forhold til tempoet og hvordan de ønsker å legge opp behandlingen til den enkelte pasient. Gjennom intervjuene fremkommer det også at den økte vaktbelastningen påvirker privatlivet og vanskeliggjør mulighetene til å leve et stabilt familieliv. Dette underbygger min fortolkning om at opplevelsen av autonomi er innskrenket og trolig vil påvirke motivasjonen for å jobbe i sykehus.

### 5.2.2 Legespesialistenes behov for tilhørighet

Det grunnleggende behovet for tilhørighet omhandler menneskers behov for å bli lyttet til, oppleve seg selv av viktighet for andre, hvor man er en del av et felleskap der man behandles med respekt (Deci & Ryan, 2018) og ifølge Buch, Dysvik og Kuvaas (2019) påvirkes den indre motivasjonen av hvordan den enkelte opplever å bli møtt av organisasjonen de jobber i. Det å oppleve respekt, anerkjennelse og støtte av kollegene fremmer tilhørighet og en opplevelse av at man sammen drar lasset. I denne studien fremkommer det at deltagerne anser anerkjennelse, fagmiljøet eller arbeidsmiljøet og demografisk som de viktigste elementene som fremmer tilhørighet.

Samtlige deltagere fremhever anerkjennelse som en viktig motivasjonsfaktor som fremmer tilhørighet til organisasjonen. Deltaker 1 gir en beskrivelse av dette:

*«...Jeg føler at de [andre spesialister] er veldig flinke til å følge opp og det er jo hyggelig. Det er liksom personbasert og man føler seg ikke at man er verdt all verdens noen steder. Det føles trygt at ledelsen innad blant legene er bra og at de viser at de bryr seg. Viktig med god veiledningskultur sånn at man kan utvikle seg og gradvis få mer ansvar sånn at man føler seg trygg. Jeg har opplevd å få for mye ansvar for tidlig, også bli kritisert for det og jeg tror at man mister folk hvis man blir sittende med for mye ansvar for tidlig. Jeg har lyst til å bli her fordi jeg trives og de viser at jeg er anerkjent og det er en god følelse» (Deltager 1).*

Jeg fortolker dette som at det synes gjeldene med opplevelsen av anerkjennelse for den jobben man gjør, men det fremkommer i dette utsagnet at vedkommende har hatt opplevelser som er motsettende og at det kan være steds- eller personavhengig i hvilken grad man opplever anerkjennelse. Buch, Dysvik og Kuvaas (2019) beskriver at den indre motivasjonen påvirkes av hvordan den enkelte opplever å bli møtt av organisasjonen de jobber i og da kan det tolkes som uheldig at denne

deltageren har opplevd seg lite sett og kritisert. Ryan og Deci (2018, s. 96) beskriver at bak en persons handlinger eller oppførsel ligger et underliggende ønske om aksept. Sitatet fra denne deltageren underbygger også viktigheten av anerkjennelse og trygghet eller aksept i det faglige fellesskapet, samt at dette kan fortolkes videre som et fundament for trivsel i det daglige og dertil tilknytning til organisasjonen.

Ordet anerkjennelse omhandler ikke bare å få komplimenter fra kollegier eller bli veiledet, men det omhandler også det å bli sett som egenperson, og ha opplevelsen av å inneha en verdi for arbeidsplassen, hvilket underbygges av Ryan og Deci (2018). Dette sees også i denne studien hvor alle deltagerne har tanker og opplevelser knyttet til tilrettelegging som en viktig del av det å bli anerkjent og påvirker tilknytningen. Dette belyses i sitat fra deltager 6: *«En del av det å anerkjennes handler om å bli sett, at arbeidsgiver er interessert i å møte deg på ulike behov og er fleksibel sånn i forhold til å legge til rette og for eksempel få avspasere etter vakt eller ha hjemmekontor. Der jeg jobber er det vilje til individuelle tilpassinger»* (Deltager 6). Dette fortolker jeg som motiverende for den ansatte som opplever å føles viktig nok til at organisasjonen fremviser vilje til individuelle tilpasninger for sine ansatte. Det at det utvises vilje hos arbeidsgiver for tilpasninger i ulike stadier i livet, eksempelvis hvis man har små barn, kan øke tilknytningen til arbeidstedet og dertil føre til at vedkommende ønsker å forbli innad i organisasjonen.

Dessverre har ikke arbeidsgiver alltid vilje eller muligheter til individuelle tilpasninger, men deltager 3 beskriver at vedkommende har fått tilpasning i forhold til det som man har krav på: *«Opplever at det er fokus på det [tilrettelegging]. Jeg synes jeg har fått den tilretteleggingen man har krav på. Det forventes jo at du er på jobb når du er på jobb, men jeg synes jo at jeg har blitt tatt hensyn til, men det er jo litt forskjellig avhengig av hvor du jobber»*. Dette kan fortolkes som at det finnes vilje, dog at dette er varierende ut ifra hvor man jobber og kanskje kan det være vanskelig å be om noe som

ikke er «nedfelt i vedtekter». Jeg vil anta at dette vil påvirke opplevelsen av anerkjennelse og at vedkommende trolig ikke kjenner seg viktig eller prioritert dersom det kun tilrettelegges det mest nødvendige. Ryan og Deci (2018, s. 96) presiserer at det ikke vil forekomme høy grad av tilknytning dersom den ansatte ikke føler seg anerkjent som person og for sine handlinger. Det fremkommer gjennomgående blant alle deltagerne i studien at det settes pris på anerkjennelse og når dette kommer til uttrykk gjennom tilrettelegging fra arbeidsgivernes side fortolkes dette som en viktig komponent som fremmer tilknytning og dertil vil være et viktig bidrag til at den enkelte ønsker å jobbe i sykehus. Denne anerkjennende tilretteleggingen bidrar til å lette belastningen noe i en hektisk arbeidshverdag, dog presiseres det at det forventes at man er på jobb når man er der og at det er situasjonsavhengig om man får tilrettelegging eller ei.

Et godt arbeidsmiljø og faglig felleskap står også høyt hos alle deltagerne i studien. Et rommende arbeidsmiljø er viktig i det daglige og står bak mye av trivselen og gir motivasjon til å gå på jobb. Alle deltagerne bemerker at trivsel er viktig for dem og setter dette i sammenheng med arbeidsmiljøet og fagmiljøet på sykehusene de jobber på. Holm-Pedersen, Hansen og Vinge (2006) presiserer at blant de viktigste motivasjonsfaktorene var mulighet for faglige diskusjoner og at det var et godt psykisk arbeidsmiljø. Sitatet fra deltager 3 synes dekkende for tilbakemeldingene fra intervjuene:

*«Jeg synes det er gjennomgående et godt arbeidsmiljø og mye trivelige folk, men så har det vært tidvis noen utfordringer sånn i forhold til LIS opp mot ledelsen – men mer sånn at vi ønsker å få til endringer som ikke er så lett å få til og som tar tid. Men jeg synes arbeidsmiljøet sånn fra da til dag er veldig godt og jeg trives veldig godt på jobb. Fagmiljøet synes jeg også er veldig godt og sterkt – at det virker som det er mye god kompetanse og at man opprettholder den ved at man passer på å få*

*gått på kurs rundt om i landet og treffer andre som driver med det samme»*

*(Deltager 3).*

Deltageren underbygger funnene i den danske studien (Holm-Pedersen, Hansen, & Vinge, 2006) i forhold til viktigheten med faglig fellesskap og et godt arbeidsmiljø som man trives i fra dag til dag, men det rettes også oppmerksomheten på utfordringer sett opp mot ledelsen. Dette kan påvirke om deltager opplever seg tilknyttet sin organisasjon eller om vedkommende drives mere av indre motivasjon for sitt individuelle arbeid. Dermed kan grad av tilknytning til organisasjonen synes å bli mindre viktig enn de to andre behovene. Dette underbygges også av Ryan og Deci (2000) som beskriver at tilhørighet ikke er like viktig motivasjonsfaktor sett i sammenheng til de grunnleggende behovene for kompetanse og autonomi. Imidlertid skiller ikke Klæijsen, Vermeulen og Martens (2018) på viktigheten av behov for autonomi, tilhørighet og kompetanse. De beskriver at tilfredstillelse av alle de tre grunnleggende behovene ikke bare øker den indre motivasjonen, men også bidrar til å øke den enkelte ansattes mestringsevne og trivselsopplevelse. Dette beskriver deltager 2 godt: *«Jeg trives veldig godt... og det er et veldig godt og rommende fagmiljø. Det blir jo noen konflikter med enkeltpersoner innimellom hvis man er veldig uenig faglig og sånn. Generelt synes jeg det er et veldig godt arbeidsmiljø»* (Deltager 2). Dette kan tolkes som at arbeidsmiljøet og det faglige fellesskapet er utslagsgivende for motivasjonen og at eventuelle konflikter av faglig karakter ansees som nødvendige eller kompetansefremmende. Dette underbygges av Linda Lai (2011, s. 51) som beskriver at tilknytningen til organisasjonen er avhengig av at vedkommende opplever å få brukt sin kompetanse på en tilstrekkelig måte.

Et annet sentralt aspekt av tilhørigheter omhandler demografi, altså tilknytningen til området hvor man velger å jobbe. Ringholm (2013, s. 105) beskriver at distriktene alltid har større vansker med å besette sine stillinger. Dette synes også dekket i studier, hvor blant annet Abelsen, Gaski og Fosse

viser til at det kan være utfordrende med rekruttering i hele helsevesenet og spesielt i distriktene (2020). Aasland, Rørvik og Wiers-Jenssen (2008) påpeker at legenes prioritering av familiære forhold er mere fremtredende og dette viser seg også gjeldende i denne studien. Deltager 6 beskriver: «Jeg var ganske fast på at jeg ønsket å være her [landsdelen]. Planen var jo å etablere familie etter turnustiden og da var det jo ikke så lystbetont å flytte vekk for et år eller to for å gjøre ferdig spesialiseringen, så derfor endret jeg på planene [spesialistforløp] for å si det sånn» (deltager 6), Mens deltager 3 beskriver at i tillegg hensyn til familiære forhold, spilte også størrelsen på sykehuset og fagmiljøet en stor rolle for hvor vedkommende ønsket å jobbe.

«Jeg hadde lyst til å bli værende [landsdel] fordi jeg holdt på å etablere meg med familie, også virket det som et bra sykehus og bli værende i etter turnustjenesten, det var ikke bittelite eller kjempestort (deltager 3).

Begge utsagnene synes å dekkende i forhold til det Verma, Ford, Howe, Everington og Steel (2023) beskriver i forbindelse med recruit and retain-prosjektet og at folk med tilknytning til stedet har større sannsynlighet for å forbli i jobben etter endt spesialistforløp. I lys av dette er det flere land med samme utfordring valgt å sette søkelys på å rekruttere blant søkermassen med lokal tilknytning. Funnene fra disse studiene sees også gjeldene i denne studien hvor halvparten av deltagerne hadde direkte tilknytning og var oppvokst i landsdelen hvor de jobbet. De to resterende søkte seg direkte til landsdelen av familiære årsaker, mens den siste tilflytteren hadde noe nettverk fra studietiden i distriktet. Alle med direkte tilknytning forteller at det var avgjørende for de å bli i distriktet og en endret også spesialitet for å kunne forbli i distriktet av familiære hensyn. Av tilflytterne var det tilfeldig for to av dem, men nettverket var uansett det største trekkplastret for de alle sammen. Jeg velger på bakgrunn av dette å fortolke at demografisk tilknytning og dertil hensyn til familie er av stor viktighet for motivasjonen til å velge å søke arbeid innen de ulike helseregionene.

### 5.2.3 Legespesialistenes behov for kompetanse

Å ha spennende arbeidsoppgaver hvor man får bruke og utvikle sin kompetanse nærer indre motivasjon og dette støttes også i motivasjonsteorien (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 17).

Linda Lai (2013, ss. 153-154) beskriver at arbeidstakere med opplevelsen av kompetansemobilisering i det daglige har større tilknytning til organisasjonen de jobber i og mindre sannsynlig for å slutte i sitt virke enn de som ikke opplever det.

Kompetansemobilisering og å få muligheten videreutvikle sin kompetanse ansees som en anerkjennelse av at den enkelte, samt gir en følelse av at de er viktig for organisasjonen de jobber i. I forhold til kompetansemobilisering svarer alle deltagerne at de opplever å få brukt sin kompetanse og at kurser, samt veiledning er viktige aspekter for å kunne videreutvikle seg. LIS legene har avsett fire timer ukentlig for fordypning, men det fremkommer fra de fleste LISene i studien at det er vanskelig å finne tid til å ta tiden ut av logistiske grunner for avdelingene de jobber på. Dette illustreres godt i sitatet fra deltager 2: *«Jeg føler jo at jeg får bruk kompetansen min da, men det med fordypningstid er viktig for oss og at man får tatt ut de fire timene i uka. Men en periode har det ikke vært enkelt å ta ut da, så jeg har sånn 200 timer i banken og det er jo ikke heldig, men driften går først selvfølgelig»*. Jeg fortolker dette til at det er forståelse for at driften går først og at det kan være ulike muligheter for å ta tid vekk fra pasientrettet arbeid og bruke på kompetanseheving i en hektisk hverdag. Dette illustreres i sitat fra deltager 6:

*«...denne fordypningstiden, det skal nevnes at den jobbet vi litt for å få igjennom, og det kommer nok litt an på hvilken avdeling man jobber på hvor lett det er få tatt ut... Altså det er jo ikke tid, selv om vi har krav på det. Siden det er en del av LIS-løpet, så var det ikke så farlig [å få tatt ut tiden] og timene hopper seg jo opp*

*egentlig bare opp i banken. Kursene er jo viktige og det er jo obligatorisk - så er det kurs, så fikser de det- det har jo vært veldig bra» (Deltager 6).*

Denne deltageren formidler at tiltross for at hverdagen er hektisk er det litt avhengig av hvor du jobber i fht om det lar seg gjøre å ta ut fordypningstiden, men at det alltid tilrettelegges for at LIS-legene skal få gå på sine obligatoriske kurs. Derimot har deltager 4 en annen opplevelse hva angår både fordypningstid og deltagelse på kurs:

*«Ja i forhold til det jeg kan, så får jeg jo brukt det [kompetansen] – men altså jeg har jo et stort behov for på en måte å utvikle meg videre og drive med de tingene jeg ikke kan. Sånn situasjonen er nå får jeg ikke gjort det, det er ikke tid til det på måte og alle snakker om å føle seg presset i hverdagen. Det er jo fint med luftige ambisjoner om å ta ut de 4timene eller gå på kurs, men du vet det kommer til å påvirke driften så mye at det blir en umulighet uansett. Jeg for min del må lese en del på fritiden, men det gjør jeg jo også fordi jeg er interessert i det jeg gjør»  
(Deltager 4).*

Dette viser at personlig engasjement og interesse gjør at vedkommende bruker fritiden sin på å lese seg opp for å stadig utvikle egen kompetanse. Jeg fortolker dette til at vedkommende er drevet av sin indre motivasjon og grunnleggende behov for kompetanseutvikling. Utsagnene over sees i sammenheng med at kompetanseutviklingen innad i en organisasjon er med på å stimulere til et mestringsklima, hvilket motiverer de ansatte til å forbli i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 17). Jeg velger videre å fortolke disse utsagnene til at det er vilje til at den enkelte kan gå på kurs for å øke kompetansen, og at det er særskilt fokus på at legene i spesialisering skal få gå på de kursene som er obligatoriske. Skal man bli spesialist må man gjennom en lang rekke med læringsmål og jevnlig utvikle sin kompetanse, hvilket jeg tolker som en motivasjonsfaktor i seg selv. Det å ikke få prioritert tid til å ta ut sine timer til fordypning på grunn av tidspress eller for å få legekabalen til å



gå opp, vil jeg tro kan gi en følelse av at den enkeltes kompetanseutvikling ikke bli tatt på alvor eller prioritert. Dette fortolker jeg videre til å kunne medføre frustrasjon og trolig demotivasjon hos de det gjelder. Dette bemerker også Ryan og Deci (2018) som forteller at uten kompetanseutvikling og en opplevelse av å få brukt egen kompetanse vil den ansatte sitte igjen med en følelse av å være inkompetente, hvilket vil medføre lavere mestringstro, motivasjon og lavere tilknytning til arbeidsstedet. Skal man bli eller er spesialist i sitt fagfelt er man avhengig av denne kompetanseutviklingen. Jeg vil tro spesialistmangel oppleves belastende for både LIS- og legespesialistene i det daglige, tross for at det kommer frem gjennom studien at de har forståelse for at en faglig forsvarlig drift har første prioritet. Det synes at hele deltagergruppen har et iboende ønske om egen kompetanseutvikling, uavhengig av at de er LIS eller spesialist, for være i stand til å løse de utfordringene de står ovenfor i det daglige. Det er imidlertid positivt å avdekke at flesteparten forteller at det legges til rette for kursing og at dette ikke synes å være problematisk, uavhengig av hvor de jobber.

#### **5.2.4 Oppsummering og besvarelse av forskningsspørsmål**

Linda Lai (2013, ss. 153-154) anvender begrepet «kompetansemobilisering» i forhold til om personen opplever å få brukt sin kompetanse i sitt arbeid. Hun peker videre på tre forhold som utvikles dersom den ansatte har opplevelsen av å få brukt kompetansen vedkommende sitter på: At den ansatte drives av sin indre motivasjon, at den ansatte knytter seg til organisasjonen på en følelsesmessig måte og derav identifiserer seg med organisasjonens mål eller oppgaver, og den siste effekten er at den ansatte har en høyere lojalitet til arbeidsgiver som fører til at den ansatte i langt mindre grad vurderer å forlate arbeidsplassen.

Gjennom analysen har det vært satt søkelys på å avdekke legespesialistenes behov for de tre grunnleggende behovene: autonomi, tilhørighet og kompetanse og hvordan disse kan påvirke LIS-

legene og legespesialistenes motivasjon for å jobbe i sykehus (Deci & Ryan, 2018). Det avdekkes i studien at det finnes et grunnleggende behov hos deltagerne for stadig kompetansetilførsel og faglig utvikling. Deltagergruppen opplever interesse og motivasjon knyttet til pasientrettet arbeid, i motsetning til de stadige økte kravene som medfører mere administrative oppgaver og som deltagerne opplever stjeler mye tid. Alle deltagerne er tydelige på at faktorer som faglig felleskap og et godt arbeidsmiljø påvirker motivasjonen for jobben i seg selv og er med på å bygge en følelsesmessig relasjon til arbeidsplassen. Denne tilknytningen til sine kollegier og opplevelsen av kontinuerlig anerkjennelse i det daglige, kan synes kompensere til at det fremkommer at ledelsen synes mindre anerkjennelsesorientert. Dette med opplevelse av en fraværende ledelse i det daglige kan sees i sammenheng med at sykehus er et fagbyråkrati hvor den operative kjernen har et selvstendig ansvar for sin arbeidsutførelse (Mintzberg, 1980). Gjennom studien fremkommer det videre at legeyrket medfører forventninger om ugunstig arbeidstid og lange vakter med mye ansvar, allikevel oppleves dagens spesialistmangel å by deltagerne på økt arbeidsbelastning. På bakgrunn av dette fremkommer det motivasjonsskapende i de tilfeller hvor organisasjonen lykkes i å legge til rette for individuelle tilpasninger. Dette får den enkelte til å kjenne på egenverdi, hvilket etter mitt syn kan fortolkes som et positivt bidrag til utviklingen av motivasjon for å ønske å arbeide i landets offentlige sykehus.

Klaeijns, Vermeulen, & Martens (2018) skiller ikke mellom de tre grunnleggende behovene og beskriver at de er like viktige. Ryan og Deci (2000) fronter også at de tre behovene er viktige, men spesifiserer allikevel at behovet for tilknytning ikke viser seg av like høy viktighet for å nære motivasjonen. Dette begrunner de i at behovet kan kompenseres for gjennom at den ansatte er drevet av sin indre motivasjon. I min studie fremstår tilhørighet som like viktig som de to andre grunnleggende behovene, kompetanse og autonomi, men ikke av organisatoriske grunner – men snarere som demografisk tilhørighet og av hensyn til familien eller nettverket.

## 6.0 Oppsummerende konklusjoner

I oppgavens siste og avsluttende kapittel vil jeg konkludere og besvare problemstillingen på bakgrunn av funnene som har vært avdekket gjennom arbeidet med studien.

Opgavens problemstilling: *Hvilke motivasjonsfaktorer vektlegges ved rekruttering av LIS-leger og for å beholde legespesialister i sykehus?*

Problemstillingen tar for seg de motivasjonsfaktorene som vektlegges hos LIS-legene ved rekruttering og for å beholde legespesialister i sykehus. Den besvares gjennom at jeg har valgt å operasjonalisere inn i to forskningsspørsmål som ble inspirert av det teoretiske rammeverket for oppgaven.

Underkapitlene er basert på forskningsspørsmålene som har blitt presentert under teoridelen. Videre har jeg valgt å ta for meg hovedfunnene fra hver av delene som omhandler indre og ytre motivasjonsfaktorer og selvbestemmelsesteorien, før jeg konkluderer og kommer med anbefaling til sektoren på bakgrunn av funn fra studien. Avslutningsvis vil jeg diskutere hva det teoretiske rammeverket har bidratt til og foreslå videre forskning.

### 6.1 Hvilken betydning har elementer knyttet til ytre og indre motivasjon for LIS-legene og legespesialistenes motivasjon for å jobbe i sykehus?

Motivasjon i arbeidslivet kan bestå av mye og faktorene påvirker oss forskjellig. Gjennom studien har det vært viktig å avdekke hvilke indre og ytre motivasjonsfaktorer som vektlegges mest hos deltagerne og hvordan disse elementene påvirker motivasjonen for å jobbe i sykehus. Jeg vil nå redegjøre for hovedfunnene fra studien.

Trekkplasteret bak å søke jobb i helseforetak omhandlet for alle deltagerne muligheter for fast stilling. For noen av deltagerne var det tilfeldig at de søkte stilling akkurat der, mens for flertallet var det et bevisst valg i forbindelse med lokal tilknytning, nettverk eller familiære forhold og dette er som oftest også hovedgrunnen til at deltagerne ønsker å forbli innenfor distriktet hvor de jobber. Dette funnet underbygges av Verma, Ford, Howe, Everington og Steel (2016) som sier at lokal tilknytning eller nettverk generelt øker motivasjonen for å forbli på arbeidsplassen.

Et annet viktig aspekt er at nær alle deltagerne gir tilbakemelding om at de ikke gikk etter lønn når de valgte arbeidsted og at de alle opplever denne delen lite påvirkelig, samt fremkom det i studien at å ikke kunne påvirke lønnen kunne være et hinder for rekruttering. Alle formidler videre at de kunne ønske seg muligheter for å kunne forhandle lønn. Det ble også foreslått å øke grunnlønnen, i motsetning til hyppig bruk av ulike vikarfirmaer. Alle deltagerne opplevde det meningsløst å betale en vikar opptil tre ganger mere enn en fast ansatt lege, og at dette videre påvirket motivasjonen negativt. Det fremkom allikevel at de fleste deltagerne hadde forståelse for at noen leger valgte å leie ut sine tjenester til vikarbyråer, men de fleste av deltagerne vegret seg for å gjøre dette av lojalitet til sine kollegier. Dette underbygger at det kollegiale felleskapet motivere mere enn selve lønnen til å jobbe i sykehus. Dette underbygges fra teorien hvor det kommer frem at mennesker drives av søken etter mening og ikke bare lønn (Ryan & Deci, 2020a).

Det faglige felleskapet og arbeidsmiljøet var viktig for de alle sammen. De fleste av studiens deltagere forteller at arbeidet med pasientene, det faglige felleskapet og at arbeidsmiljøet der de jobber har vært utslagsgivende for trivselen og ønske om å forbli innad i egen organisasjon. Jacobsen og Thorsvik (2016, s. 228) beskriver i sin bok at motiverte ansatte utfører bedre kvalitet i sitt arbeid og fremmer et attraktivt arbeidsmiljø. Gjennom studien synes det som at arbeidsmiljøet legger til rette for at deltagerne opplever anerkjennelse i det daglige fra sine kollegier og at det faglige

felleskapet gir en jevnlig kompetanseutvikling. Disse elementene fremstår som viktige motivasjonsfaktorer for alle deltagerne i forbindelse med å jobbe i sykehus.

På en annen side beskrives det at for mye ansvar sett i forhold til kompetansen som innehas eller manglende veiledning oppleves demotiverende, og medfører opplevelse av utrygghet. Denne utryggheten vil kunne føre til at organisasjonen står i fare for å kunne miste verdifull kompetanse. Et annet aspekt som belyses fra flere av deltagerne er at anerkjennelsen i stor grad kommer fra deres kollegier og ikke fra ledelsen. Flere sier at de opplever ledelsen som fraværende eller at de formaliserer nye krav og betingelser som har påvirkning på deres arbeidshverdag. Disse opplevelsene synes å påvirke deltagerens motivasjon og lojalitet til arbeidstedet. Dette sees også hos Buch, Dysvik og Kuvaas (2019) som påpeker at mangel på motivasjon og mestring påvirker varigheten på arbeidsforholdet.

Anerkjennelse er aspektet som alle deltagerne beskriver er særs viktig. Opplevelsen av respekt, å bli sett som egenperson og verdsatt for sin kompetanse i det daglige (Deci & Ryan, 2018) er en viktig motivasjonsfaktor hos alle deltagerne i studien. Til tross for at de fleste legene ikke vektlegger lønn som motivasjonsfaktor i forbindelse hvor de vil jobbe, så knytter noen av deltagerne lønn direkte opp mot anerkjennelse. Mens andre omtaler anerkjennelse som en mer samlebetegnelse for ulike elementer som fører til trivsel og derav nærer motivasjonen for å jobbe i sykehus. Det nevnes viktigheten av å tilrettelegge for individuelle behov. Dette bidrar til å utvikle tilknytningen til arbeidstedet, og dertil synes det å kunne nærer motivasjonen til å bli værende innad i egen organisasjon. Dette kan forstås i lys av at Ryan og Deci (2020a) forteller at tilrettelegging i arbeidet styrker indre motivasjon, sosial utvikling og velvære. De fleste deltagerne presiserer at tilretteleggingen kan omhandle hjemmekontor, men også andre individuelle tiltak som legger til rette for en bedre balanse mellom arbeidslivet og privatlivet. Arbeidsmotivasjon kan nærer av faktorer

som bedrer sosiale vilkår, herunder arbeidstid (Ryan & Deci, 2020, s. 56). Funn fra denne studien bygger opp under funn fra annen forskning som tilsier at større andel av legene prioriterer privatliv og tid med familien når de velger arbeidssted eller spesialisering. Aasland, Rørvik og Wiers-Jenssen (2008) viser til funn i studien sin hvor viktigheten av balansen mellom privatliv og arbeidsliv hadde økt. Det ble foreslått at bedre tilrettelegging for at legene kunne ha et normalt familieliv ville øke rekrutteringen. Alle deltagerne i min studie var tydelige på at å arbeide som lege innebefattet å jobbe lange vakter eller på ugunstige tider av døgnet og at mangelen på spesialister gjorde at belastningen større. Alle deltagerne presiserte at tilrettelegging ville gjøre arbeidshverdagen lettere og at dette øker motivasjonen for å jobbe i sykehus.

## **6.2 Hvordan kan opplevelse av de tre grunnleggende behovene autonomi, tilhørighet og kompetanse påvirke LIS-legene og legespesialistenes motivasjon for å jobbe i**

Ryan og Deci (2000) teori omtaler at alle tre grunnleggende behovene må være tilstede for fremvekt av motivasjon, men velger å skille ut autonomi og kompetanse som viktigere enn tilhørighet ettersom den ansatte kan motiveres av sin iboende interesse for arbeidet. Funnene i denne studien tilsier imidlertid at alle tre elementene er viktige og underbygger derfor funn fra studie til Klaeijsen, Vermeulen og Martens (2018) om at alle de tre behov (autonomi, tilhørighet og kompetanse) må være til stede for fremvekst av indre motivasjon. Jeg velger derfor å se på hovedfunnene fra de tre behovene ut ifra hvordan deltagerne opplever at behovene for autonomi, tilhørighet og kompetanse påvirker motivasjonen for å jobbe i sykehus.

### *Autonomi*

Selvbestemmelsesteorien belyser autonomi som selve grunnpilaren i teorien og med dette menes det at den enkelte velger og egenhendig tar avgjørelser i forhold til sine handlinger (Deci & Ryan, 2018).

Det grunnleggende behovet for autonomi i denne studien omhandler i hvor stor grad LIS-legene og legespesialistene kan kunne påvirke sine omgivelser og arbeidshverdag.

Deltagernes arbeidshverdag preges av prosedyrer og rutiner for å sikre forsvarlig og god behandling for pasientene de skal behandle. Gjennom intervjuene fremkommer det at i lys av sin profesjonsrolle i utgangspunktet kan ta selvstendige vurderinger ettersom man står ansvarlig for behandlingen.

Videre fremkommer det at dette selvstendige ansvaret ikke kommuniseres i stor grad, men at det heller settes søkelys på forventninger til at den enkelte følger prosedyrene som foreligger. Det foreligger allikevel rom for påvirkning gjennom tilbakemeldinger og forslag til forbedringer gjennom årlige medarbeiderundersøkelser i de ulike helseforetakene. I tillegg ligger det til rette for autonomi knyttet til deltagernes mulighet til å ta selvstendige vurderinger og påvirke i hvilken grad de velger å bruke seg selv i møtet med pasienten, tidsbruk og intensiteten i arbeidet. Ole Berg (2022, ss. 225 og 229-240) beskriver at det forventes at legen skal handle ut ifra retningslinjer både av kvalitetsmessige og etisk art og at dette kan synes i kontrast til at jobbautonomi ansees som at deltagerne skal kunne bestemme når, hvordan og i hvilket tempo arbeidet skal gjennomføres (Buch, Dysvik, & Kuvaas, 2019, s. 39). Alle deltagerne i studien beskriver at påleggene fra ledelsen går på bekostning av andre oppgaver i en allerede stressende hverdag og at spesialistmangelen medfører økt vaktbelastning som ytterligere ser ut til å svekke opplevelsen av autonomi.

Gjennom intervjuene fremkommer det at hensynet til partner, nettverk eller familie står frem som en de viktigste faktorene sammen med hvilken påvirkning arbeidet hadde på privatlivet. Dette synes også dekkende i annen forskning som forteller at deres funn peker i retning av at yngre leger er langt mere opptatt av en sunn balanse mellom de ulike arenaene i livet og er mere familieorienterte enn sine forgjengere (Aasland, Røvik, & Wiers-Jenssen, 2008). Alle deltagerne forteller også at den økte vaktbelastningen, knyttet til spesialistmangelen, påvirker privatlivet negativt og vanskeliggjør

mulighetene til å leve et stabilt (familie)liv. Flere av deltagerne presiserer at dette medfører en del frustrasjon og begrunner dette i at de ikke opplever at ledelsen jobber strategisk godt nok med rekruttering, eller opplever at det er for lite informasjon fra ledelsen i forhold til hva som foretas for å løse situasjonen. Dette underbygger funn om at opplevelsen av autonomi oppleves innskrenket og trolig vil påvirke motivasjonen for å jobbe i sykehus.

### *Tilhørighet*

Det å oppleve respekt, anerkjennelse og støtte av kollegene fremmer tilhørighet og en opplevelse av å være en del av et felleskap som drar lasset sammen (Deci & Ryan, 2018). I denne studien fremkommer det i intervjuene at anerkjennelse, fagmiljøet eller arbeidsmiljøet og demografisk tilknytning står som de viktigste motivasjonselementene som fremmer tilhørighet. Det bemerkes at enkelte har hatt opplevelser som er motsettende og at det fremkommer at det kan være steds- eller personavhengig i hvilken grad man opplever anerkjennelse. Videre belyses det at anerkjennelse fra ledelsen sjelden finnes sted, men at det anerkjennende kollegiale felleskapet veier opp for dette. Derimot presiseres det at ved mere betydningsfulle anledninger fører fravær av anerkjennelse fra ledelsen til at den ansatte ikke kjenner seg anerkjent og derav påvirker motivasjonen for å arbeide i sykehus negativt. Empirien fra studien underbygger funnene i den danske studien (Holm-Pedersen, Hansen, & Vinge, 2006) som beskriver viktigheten av faglig fellesskap og et godt arbeidsmiljø som man trives i fra dag til dag, er utslagsgivende for arbeidsmotivasjonen og tilhørighetsopplevelsen.

Anerkjennelse omhandler mer enn å få komplimenter fra kollegier eller bli veiledet for alle deltagerne i studien. For de handler det om å bli sett som egenperson og å være verdifull for arbeidsplassen, hvilket underbygges av Ryan og Deci (2018). Dette fremkommer også i denne studien at alle deltagerne har tanker og opplevelser knyttet til tilrettelegging. De fleste av deltagerne



sier at det finnes vilje – selv om muligheten kan se ut til å variere noe. I de tilfellene hvor det har vært vilje hos arbeidsgiver til å tilrettelegge med individuelle tilpasninger, eksempelvis hvis man har små barn, fører dette til økt motivasjon og tilknytningen til arbeidstedet. Dette underbygger funn fra Buch, Dysvik og Kuvaas (2019) som sier at den ansattes indre motivasjon påvirkes av hvordan den enkelte opplever å bli møtt av organisasjonen de jobber. Dette medfører at vedkommende tilknyttes i større grad og ønsker å forbli innad i organisasjonen.

Tilhørighet i denne studien omfatter ikke bare arbeidstedet, men også dets beliggenhet. De fleste av deltagerne i studien beskriver at de av hensyn til familie eller nettverket ønsker å bli i distriktet hvor de jobber, dette kom også frem blant tilflytterne. Dette funnet fremstår som et supplement til studien fra Verma, Ford, Howe, Everington og Steel (2016) som hevder at de med lokal tilknytning har større sannsynlighet for å forbli i regionen. Funnene underbygger også funn fra Aasland, Rørvik og Wiers-Jenssen (2008) studie som påpeker at legenes økte prioritering av familiære forhold. I denne studien fremstår demografi og sosial tilknytning som en særskilt viktig komponent for tilhørighet.

### *Kompetanse*

Spennende arbeidsoppgaver hvor man får bruke og utvikle sin kompetanse nærer indre motivasjon hos deltagerne og dette støttes også i motivasjonsteorien (Jacobsen & Thorsvik, 2016, s. 17).

Gjennom intervjuene fremkommer det at alle deltagerne opplever å få brukt sin kompetanse og at kurser, samt veiledning er viktige aspekter for å kunne videreutvikle seg. Det fremkommer videre at det for at dersom det tilrettelegges for kompetanseutvikling oppleves det av deltagerne som en anerkjennelse. Skal man bli spesialist må man gjennom en lang rekke med læringsmål for å jevnlig utvikle sin kompetanse og i studien fremkommer det at de fleste av deltagerne er fornøyde med at det tilrettelegges for at de kan gå på kurs. Imidlertid fremkommer det at å ta ut fordypningstiden (4timer

per uke) kan by på utfordringer knyttet til drift. Det synes at hele deltagergruppen har et iboende ønske om egen kompetanseutvikling, uavhengig av at de er LIS eller spesialist, for være i stand til å løse de utfordringene de står ovenfor i det daglige. Det er imidlertid positivt å avdekke at flesteparten forteller at det legges til rette for kursing og at dette ikke synes å være problematisk, uavhengig av hvor de jobber. Det fremkommer videre at kompetanseutviklingen og opplevelsen av kompetansemobilisering er med på å stimulere til et mestringsklima hos deltagerne. Funnene bygger oppunder Linda Lai`s (2013, ss. 153-154) beskrivelse om at arbeidstakere med opplevelsen av kompetansemobilisering i det daglige har større emosjonell tilknytning til organisasjonen de jobber i og mindre sannsynlig for å slutte i sitt virke enn de som ikke opplever det.

### **6.3 Hovedkonklusjon og anbefaling til sektoren**

*Problemstilling: Hvilke motivasjonsfaktorer vektlegges ved rekruttering av LIS-leger og for å beholde legespesialister i sykehus?*

I de to forutgående kapitlene er det skissert hva som motiverer deltagergruppen til å ønske å jobbe i sykehus, sett ut ifra hva de opplever er de viktigste motivasjonsfaktorene og selvbestemmelsesteorien. Gjennom studien fremkommer det at de motivasjonsfaktorene som deltagerne vektlegger mest omhandler felleskapet blant kollegene (arbeidsmiljøet) og i fagmiljøet, så vel som mulighetene til faglig utvikling, samt at det avgjørende for å søke seg til de ulike foretakene for det meste omhandlet tilknytning til distriktene eller andre familiære forhold. Lønn var for de fleste heller ikke utslagsgivende, men alle deltagerne opplever at det er u hensiktsmessig i forhold til rekruttering at man ikke kan påvirke lønn i særlig grad, samt at det heller prioriteres å leie inn dyre og kortvarige vikarløsninger. Dette var ikke så uventede resultater, dog står anerkjennelse frem som det begrepet som deltagerne selv fremmer nærmest ved alle temaer. Det å ha opplevelsen av respekt

og det å bli sett, samt verdsatt for sin kompetanse i det daglige står frem som den viktigste motivasjonsfaktor hos alle deltagerne i studien. Noen av deltagerne assosierer anerkjennelse direkte med lønn, mens andre omtaler anerkjennelse som en mer samlebetegnelse for ulike elementer som fører til trivsel og derav nærer motivasjonen hos LIS-leger og legespesialister for å jobbe i sykehus. Gjennom studien fremkom det ingen forskjell mellom LIS-leger eller legespesialister og begge gruppene var forenlige i sine uttalelser. Det er derfor ikke gjort en komparativ studie, men gjennom å intervjuer begge grupper ble det mulig å få en dypere forståelse for hva som motiverer begge grupper for å kunne rekruttere og beholde legespesialister i sykehus. Sykehusene blir kanskje aldri lønnsvinnerne i arbeidslivet, men det kan konkurreres om å være den beste arbeidsgiveren for sine ansatte. Gjennom studien avdekkes det at økt anerkjennelse, også på ledelsesplanet, vil medføre positive innvirkninger på motivasjonen i forbindelse med å rekruttere og å beholde LIS samt legespesialister i sykehus.

På bakgrunn av funnene fra studien ser jeg at kunnskapsbehovet er nokså godt dekket ettersom arbeidsgiverne legger godt til rette for kursing, dog er det fortsatt en vei å gå i forbindelse med å kunne legge til rette for at fordypningstiden kan tas ut. Min anbefaling til sektoren blir å legge vekt på en mer anerkjennende kultur med individuell tilpasset tilrettelegging. Hensikten med dette vil resultere i at legegruppen får en mindre belastende hverdag og dermed øke motivasjonen hos LIS og legespesialister til å ønske jobbe i sykehus. Anbefalingen er også i samsvar med anbefalinger fra andre studier (Aasland, Røvik, & Wiers-Jenssen, 2008).

Jeg anerkjenner at det finnes mange faktorer som spiller inn i forbindelse med at ansatte velger å forbli eller forlate et arbeidssted. Tatt i betraktning at hovedfunn fra studien min peker i retning av behov for anerkjennelse og hvordan en anerkjennende kultur påvirker motivasjonen hos den enkelte, velger jeg å avslutte med følgende sitat: «*At folk velger å bli, handler om stolthet og tilhørighet, at*

*man er en del av en familie. Dette kalles affektiv organisasjonsforpliktelse på fagspråket. Resultatet er lavt fravær og lite frivillig gjennomtrekk. Du kan si at man får den gjennomtrekken man fortjener»* (Dysvik, 2018).

#### **6.4 Teoretisk bidrag og forslag til videre forskning**

Gjennom motivasjonsteori og selvbestemmelsesteorien kan det argumenteres for et dekkende teoretisk rammeverk for oppgaven.

Motivasjonsteorien gir et bilde av at motivasjon er selve drivkraften bak enhver handling, videre vises det til indre og ytre motivasjonsfaktorer. Dette bidraget ble valgt fordi jeg ønsket å avdekke om deltagerne drives av indre motivasjonsfaktorer hvor de opplever genuin glede eller tilfredsstillelse av arbeidet i seg selv, mulighetene for å bli inkludert i et sterkt fagmiljø hvor de kan vokse og utvikle seg, eller om det er mere ytre faktorer som lønn, status knyttet til spesialiseringen og sykehuset - eller om de drives mest av mulighetene for å bo i distriktet hvor de allerede innehar tilknytning.

For å supplere motivasjonsteorien valgte jeg selvbestemmelsesteorien (SDT). SDT er basert på empiriske undersøkelser og godt forankret i motivasjonsforskning. Denne teorien skiller mellom det bakenforliggende motivet for en gitt handling gjennom menneskers grunnleggende psykologiske behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet. SDT ble valgt som supplement ettersom jeg antok at autonomi, som legerollen naturlig innehar, ville spille en viktig rolle for deltagerens motivasjon.

Studien har tatt for seg hvilke faktorer som ligger til grunn for motivasjon hos LIS-leger og legespesialister for å jobbe i sykehus. Det er godt dokumentert at motivasjon avgjørende for å kunne rekruttere og beholde kritisk personell. Mangel på spesialister er ingen ny problemstilling og ut ifra

funn i min studie anbefaler jeg videre forskning på anerkjennelsesorientering i offentlig sektor, herunder hvordan individuell tilrettelegging øker motivasjonen bland LIS og legespesialister til å jobbe i sykehus.

## Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., & Fosse, A. (2020, februar 26). *Rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distrikt - Regjeringen.no*. Hentet fra webområde for regjeringen: <https://www.regjeringen.no/contentassets/3b37c1baa63a46989cb558a65fccf7a1/no/sved/1.pdf>
- Andersen, C. (2005, november 1). *Psykiater? -Nej tak*. Hentet fra Ugeskrift for læger: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/psykiater-nej-tak>
- Baugstø, V. (2020, oktober 26). *Statsbudsjettet 2021: 100 permanente LIS1-stillinger*. Hentet fra Tidsskriftet.no: <https://tidsskriftet.no/2020/10/aktuelt-i-foreningen/statsbudsjettet-2021-100-permanente-lis1-stillinger>
- Berg, O. (2022). Den kliniske legerollen: fra en fri profesjonsrolle til en ufri arbeidstaker- og kontraktørrolle? *Michael - Publication Series of The Norwegian Medical Society Vol. 19 / 3 / 2022*, ss. 225-241.
- Buch, R., Dysvik, A., & Kuvaas, B. (2019). *Produktiv motivasjon i arbeidslivet*. Oslo: Cappelen Damm.
- Bukve, O. (2016). *Forstå, forklare, forandre. Om design av samfunnsvitenskaplege forskningsprosjekt*. oslo: Universitetsforlaget.
- Deci, E. I., & Ryan, R. M. (2009, november 19). *The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior*. Hentet fra Psychological Inquiry - An International Journal for the Advancement of Psychological Theory: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2018). *Self determination Theory: Basic psychological needs in Motivation*. New York: Guilford Press.

- Dysvik, A. (2018, 02 21). *Slik unngår du å miste dine ansatte*. Hentet fra ledernytt.no:  
<https://www.ledernytt.no/slik-unngaar-du-aa-miste-dine-ansatte.6091565-355436.html>
- Gadamer, H.-G. (2017). *Den hermeneutiske sirkel, Hans-Georg Gadamer*. Hentet fra steemit.com:  
<https://steemit.com/norway/@vannfrik/den-hermeneutiske-sirkel-hans-georg-gadamer-livslaere-filosofi>
- Gjerberg, E. (2002). *Kvinner i norsk medisin—mot full integrering. En studie av kjønnsdifferensieringen i legers spesialitetsvalg*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 10.
- Gjerberg, E. (2023, August 28). *Tidsskriftet - Den norske legeforening*. Hentet fra Tidsskriftet.no:  
<https://tidsskriftet.no/2003/08/om-helsetjenesten/leger-i-par>
- Grimlø, R. E. (2004). *Rekruttering og utvalg av medarbeidere - og arbeidssøkers valg av arbeidsgiver (2.utgave)*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hagen, K. J., & Guldvik, R. E. (2016). *Arbeidslivet remikses*. Hentet fra MAGMA - Esconas Tidsskrift For Økonomi og Ledelse: <https://old.magma.no/arbeidslivet-remikses>
- Hauge, E. S. (2015). *Kompetanse og rekruttering*. FoU-rapport 1/2015.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2021, mai 26). *Oversikt over landets helseforetak*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/id10935/>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2014, mars). *Styrearbeid i regionale helseforetak*. Hentet fra regjeringen.no:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/26d303c0383c4c038d8c6d2873872dbb/styreveiledning2014.pdf>
- Helsepersonellkommissjonen. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste*. NOU 2023:4.
- Holm-Pedersen, C., Hansen, J., & Vinge, S. (2006). *Medicinstuderendes og yngre lægers valg av spesialitet*. Hentet fra DSI Institut for Sundhedsvæsen:

<https://pure.vive.dk/ws/files/2056425/medicinstuderendes-og-yngre-laegers-valg-af-speciale.pdf>

Irgens, E. o. (2014). *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Jacobsen, D. I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode (3.utgave)*. Oslo: Cappelen Damm.

Jacobsen, D., & Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer (4.utgave)*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Jakobsen, H. (2022). *Arbeidskraftbehovet i Agder - Nå og i fremtiden*. NAV Agder.

Janbu, T. (2000, januar 20). *Er flere kvinner i legerket en berikelse?* Hentet fra tidsskriftet.no Den norske legeforening: <https://tidsskriftet.no/2000/01/tema/er-flere-kvinner-i-legerket-en-berikelse>

Klaeijssen, A., Vermeulen, M., & Martens, E. (2018). *Teachers' Innovative Behaviour: The Importance of Basic Psychological Need Satisfaction, Intrinsic Motivation, and Occupational Self-Efficacy*. Hentet fra APA PsykNet: <https://psycnet.apa.org/record/2018-41963-008>

Knardahl, S. (2023, september 13). *Dette er for dårlig - Nå slutter jeg*. Hentet fra Dagens medisin: <https://www.dagensmedisin.no/dette-er-for-darlig-na-slutter-jeg/578629>

Lai, L. (2011). Kompetansemobilisering og egenmotivasjon. *Magma 14 (3)*, ss. 49-55.

Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse (3.utgave)*. Bergen: Fagbokforlaget.

Larsen, Ø. (2022). Legerollen – verktøy som må voktes . *Michael - Publication Series of The Norwegian Medical Society Vol. 19 / 3 / 2022*, ss. 215-224.

Lov om spesialisthelsetjenesten. (2001, januar 1.). *Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra

lovdata.no: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_2#%C2%A72-2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#%C2%A72-2)

Malterud, K. (2011). *Analyse av kvalitative data. Kvalitative Metoder i Medisinsk forskning. 4. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.



- Mintzberg, H. (1980). *Structure in 5's - A Synthesis of the Research on Organization Design*. Hentet fra University of California: <https://ics.uci.edu/~corps/phaseii/Mintzberg-StructureIn5s-MgmtSci.pdf>
- Næss, T. (2005). *Fremtidig tilgang på høyt utdannet arbeidskraft i offentlig sektor - en konsekvensanalyse for perioden 2002-2020*. Oslo: NIFU STEP.
- Olsen, K., & Bierud, E. (2023, april 27). *40.000 sørlendinger mister lokalsykehus-tilbud*. Hentet fra nrk.no: <https://www.nrk.no/sorlandet/akuttkirurgi-pa-flekkefjord-sykehus-stenges-ett-ar-til-1.16390479>
- Olsen, T. H. (2016). Kompetanseutvikling. I I. Mikkelsen, & T. Laudal, *Strategisk HRM 2. utgave* (ss. 238-276). Cappelen Damm Akademisk.
- Pigao, J. (2022, oktober 17.). *Kan utfordringer føre til en bærekraftig helsetjeneste?* Hentet fra Agderposten.no: <https://www.agderposten.no/meninger/i/q11ROE/kan-utfordringer-foere-til-en-baerekraftig-helsetjeneste>
- Reppen, N., & Dolonen, K. (2022, april 27.). *Samordna opptak 2022: 23prosent færre har sykepleie som førstevalg*. Hentet fra sykepleien.no: <https://sykepleien.no/2022/04/samordna-opptak-2022-23-prosent-faerre-har-sykepleie-som-forstevalg>
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse - Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rime, A.-K. (2023, oktober 9). *LIS-ordningen må sikre at nyutdannede leger får en god start på kegelivet*. Hentet fra Tidsskriftet - den norske legeforening: <https://tidsskriftet.no/2023/10/lis1-ordningen-ma-sikre-nyutdannede-leger-far-en-god-start-pa-legalivet>
- Ringholm, T. (2013). Innovasjon for kommunesektorens utfordringer. I T. Ringholm, H. Teigen, & N. Aarsæther, *Innovative kommuner* (ss. 103-118). Oslo: Cappelen Damm.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). *Intrinsic and extrinsic motivations: Classic Definitions and new directions*. Hentet fra Selfdeterminationtheory: [https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000\\_RyanDeci\\_IntExtDefs.pdf](https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_IntExtDefs.pdf)
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). *Intrinsic and extrinsic motivation from a selfdetermination theory perspective: Definitions, Theory, practices and future directions*. Hentet fra Science direct-Contemporary Educational Psychology: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0361476X20300254>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020a). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and Wellbeing*. Hentet fra selfdeterminationtheory.org: [https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000\\_RyanDeci\\_SDT.pdf](https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf)
- Strand, T. (2018). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sørlandet sykehus. (2023, februar 17). *sørlandet sykehus - opprag og bstilling 2023*. Hentet fra opprag og bestilling 2023: <https://www.sshf.no/492d54/siteassets/dokumenter/oppdrag-og-bestilling-2023---sorlandet-sykehus-hf.pdf>
- Sørlandet sykehus HF. (2021, mars 23.). *Strategi 2021-2024*. Hentet fra sshf.no: <https://sshf.no/om-oss/nyheter/strategi-2021-2024-vedtatt>
- Taraldset, A. (2009, august 27). *Flest kvinnelige medisinstudenter i Tromsø og Oslo*. Hentet fra Tidsskrifter - Norsk legeforening: <https://tidsskriftet.no/2009/08/aktuelt-i-foreningen/flest-kvinnelige-medisinstudenter-i-tromso-og-i-oslo>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitative metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjesen, D. O. (2008). Foretak, Management og medikatri. *En sektorstudie av helseforetaksreform ig ledelse i en norske spesialisthelsetjenesten*. Bergen, Univeristetet i Bergen, Norge: Alljopi Ph.

Tveito, K. (2023, 11 06). *Et medfølgende helsevesen*. Hentet fra tidsskriftet.no legeforeningen:

<https://tidsskriftet.no/2023/11/fra-redaktoren/et-medfolende-helsevesen>

Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Soenens, B. (2020, januar 21). *Basic psychological need theory:*

*Advancements, critical themes, and future directions*. Hentet fra springer Link:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11031-019-09818-1>

Verma, P., Ford, J. A., Howe, A., Everington, s., & Steel, N. (2016). *A systematic review of*

*strategies to recruit and retain primary care doctors*. Hentet fra BMC health Service

Research: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1370-1>

Aasland, O. G., Røvik, J., & Wiers-Jenssen. (2008, juni 13). *Legers motivasjon for valg av spesialitet*

*under og etter studiet*. Hentet fra Tidsskriftet - Den norske legeforening:

<https://tidsskriftet.no/2008/08/originalartikkel/legers-motiver-valg-av-spesialitet-under-og-etter-studiet>

Aasland, O., Røvik, J. O., & Wiers-Jenssen, J. (2008). *Legers motiver for valg av spesialitet under*

*og etter studiet*. Tidsskrft for norsk legeforening.

## Vedlegg til studien

Vedlagt ligger informasjonsbrev, samtykkeerklæring, godkjenning fra SIKT og intervjuguide.

*Informasjonsbrev*



**Vil du delta i forskningsprosjektet:**

# Kampen om kompetansen

***” Hvordan rekruttere og beholde legespesialister i sykehus?”***

Dette er en anmodning til deg om å delta i et viktig forskningsprosjekt.

I dette skrivet finn du informasjon om mål for prosjektet og hva en deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med prosjektet er å få verdifull innsikt i å rekruttere og beholde legespesialister i sykehus.

Jeg er student ved universitetet i Agder og forskningsprosjektet er knytt til min masteroppgave i ledelse.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Ansvarlig for prosjektet er førsteamanuensis Laila Nordstrand Berg fra Høgskolen på Vestlandet, Institutt for samfunnsvitenskap, ekstern veileder for Universitetet i Agder.

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

Jeg ønsker å intervju LIS-leger, gjerne i siste del av sin spesialisering, samt legespesialister som har valgt å søke jobb i SSHF/ forbli i SSHF etter endt spesialisering eller har valgt å forlate organisasjonen.

Formålet med intervjuet er å få verdifull innsikt i hva som er avgjørende for at du ønsker å bli innad i organisasjonen, eller hva andre organisasjoner tilbød som gjorde at du valgte å bytte arbeidsplass.

Dersom du ikke oppfyller disse kriteriene, blir jeg takknemlig om du kontakter meg så kan jeg kan avklare dette.

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

Du blir hermed invitert til å delta i et intervju som vil vare gjennomsnittlig 30- 45 min. Det blir tatt lydopptak av intervjuet.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Om du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil på ingen måte ha noen negative konsekvenser for deg å delta, eller om du senere velger å trekke ditt samtykke.

### **Ditt personvern –hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger?**

Jeg vil kun bruke opplysningene du gir til formålet jeg har redegjort for i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som har tilgang til data vil være prosjektansvarlig / veileder og student.

Kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en referentkode som blir lagret på en egen navneliste helt avskilt fra øvrige data. Datamaterialet blir lagret på passordbeskyttet pc og destruert etter at sensur på masteroppgaven foreligger, senest 01.04.24.

I den publiserte masteroppgava vil deltakerne bli omtalt anonymisert og personopplysninger vil ikke være sporbare eller gjenkjennbare.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskingsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.04.2024. Kodelista med ditt navn og nummer blir da destruert og data vil bli oppbevart i anonymisert form i passordbeskyttet pc som kun jeg har tilgang til.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandling av dine personopplysninger.

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

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandling av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Om du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Student: Camilla Veronica Johannessen (grindem@gmail.com), telefon: 90639049
- Veileder: Laila Nordstrand Berg (Laila.Nordstrand.Berg@hvl.no), telefon: 48064094

• NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, e-post: personverntjenester@nsd.no, telefon: 55 58 21 17.

### **Tid og sted**

Jeg håper du har lyst og mulighet til å bli intervjuet for å spre verdifull innsikt inn i dette viktige prosjektet!

Jeg planlegger å intervjuer over Teams i mai og juni 2023, og vil kontakte deg på e-post eller telefon for å avtale tidspunkt som kan passe for deg. Intervjuet er som sagt beregnet til å vare maksimalt 45 minutter.

Mvh

Førsteamanuensis Laila Norstrand Berg  
(veileder)

Camilla Veronica Johannessen  
(student)

### *Samtykkeerklæring*



### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet

#### **«Kampen om kompetansen»**

om å rekruttere og beholde legespesialister i sykehus og samtykker herved til:

å delta i intervju

at intervjuet blir tatt opp på bånd

at funnene fra studien kan publiserts i anonymisert form i min masteroppgave

at data fra intervjuet kan brukes etter prosjektslutt i anonymisert form

Jeg samtykker til at mine opplysninger blir behandlet fram til prosjektslutt, 01.04.2024.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### *Godkjenning fra SIKT*

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer  
125272

Vurderingstype Standard  
Dato 11.05.2023

Tittel **Kampen om kompetansen**

Behandlingsansvarlig institusjon  
Universitetet i Agder / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for global utvikling og  
samfunnsplanlegging

Prosjektansvarlig  
Morten Øgård

Student  
Camilla Veronica Johannessen

Prosjektperiode  
15.04.2023 - 01.04.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i  
meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.04.2024.

Meldeskjema

Kommentar

OM VURDERINGEN



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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el. )

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringar-i-meldeskjema>

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

#### *Intervjuguide: Kampen om kompetansen*

<b>Formalia</b>	<b>Oppfølgingsspørsmål</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kjønn /Alder:</li><li>• LiS eller legespesialist</li></ul>	Sivilstatus
<b>Tilknytning</b>	Barn (skolealder?) eller partner med tilknytning til landsdel/distrikt:
Hva var de viktigste faktorene for at du søkte stilling ved Foretaket?	Egen tilknytning til landsdelen/distriktet?

<p>Hva er din opplevelse av:</p> <p>Arbeidsmiljø</p> <p>Fagmiljø</p> <p>Vaktbelastning</p> <p>Kompetansemobilisering</p> <p>Lønnsbetingelser</p>	<p>Hva tenker du er viktigste for deg?</p> <p>Påvirkning på privatliv/ evt familieliv?</p>
<b>Karrierevalg</b>	
Hva var karriereønsket ditt da du søkte stilling her?	Har det endret seg underveis i forløpet? Evt hvorfor?
Hva slags muligheter som leger har vil du benytte deg av?	Eks: tilrettelegging for forskning, overlegepermisjoner, fagutvikling,
Er det noe du savner ved sykehuset som er av betydning for om du blir værende her etter endt spesialisering?	Utdyp gjerne med eksempler i forhold til hva du ville tenke hadde vært positive tiltak/tilbud
<b>Rekruttering / beholde</b>	
Hvilke tanker har du rundt krav og forventinger til legene / endring av legerollen?	Tror du dette kan påvirke rekruttering?
Opplever du at du får utøvd din kompetanse i det daglige?	Opplevs arbeidet givende/ opplever du å få anerkjennelse / bli sett i det daglige?
Er du kjent med foretakets rekrutteringsstrategier, evt hvilke?	Opplevde du dette synlig i rekrutteringsprosessen da du

	søkte jobb ved foretaket? Evt hva?
Hva er dine mest tungtveiende grunner for å forbli eller forlate helseforetaket du arbeider ved?	
Er det noe som ikke vi har vært innom som du vil tilføye?	