

Masteroppgave

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Tonje Davidsen

Foretak eller fag?

En kvantitativ studie av sammenhengen mellom ledelsesfilosofi og jobbtilfredshet hos leger i norske sykehus

Masteroppgave i statsvitenskap

Veileder: Pål E. Martinussen

Trondheim, juni 2018

Abstract

Due to increased health expenditure, western democracies have been implementing NPM-inspired healthcare reforms to deal with the amounting financial pressure. Professional leadership with business-like management styles is one of the tools used to reach the health care organization's goals. This has challenged the role, identity and autonomy of medical professionals. Previous studies show that leadership is associated with job satisfaction – an important factor for organizational success. Leadership styles and job satisfaction is also shown to have a great impact on an employee's turnover intention. High job satisfaction is crucial to avoid turnover, which leads to unwanted extra costs. This master thesis has, through OLS-analysis, examined the influence of two kinds of leadership styles on Norwegian physicians job satisfaction. The analysis was performed within the context of the Norwegian hospital sector, and based on a survey of a representative sample of hospital physicians in 2016. The findings indicate a strong positive significant relationship between a health professional supportive leadership style and job satisfaction. On the contrary, this inquiry finds no significant evidence of an economic administrative leadership style being associated with low job satisfaction. However, there is a negative significant correlation between those physicians that consider the re-organization of the hospital sector, where the hospitals are run as individual enterprises, as very troubling and job satisfaction.

Forord

Dette siste semesteret på NTNU har kanskje vært et av de mest lærerike. Denne masteroppgaven symboliserer slutten på fem utfordrende, men også givende år som student. Det har vært spennende å kunne sette seg ordentlig inn i et tema, tilegne seg kunnskap og utvikle ferdighetene innen statistikk og akademisk skriving.

Det er flere jeg ønsker å takke for hjelpen underveis i prosessen; tusen takk til min veileder Pål Martinussen for tilgangen på dataene. Du har bidratt med kunnskap og idéer denne våren – det setter jeg pris på.

Videre vil jeg takke Åse & Monique på lesesal 6388, dere har gjort dagene på Dragvoll hyggelige. De litt tyngre dagene har blitt lysere med utallige chai latter og cappuccinoer. Tusen takk til deg Åse, for at du har hjulpet meg å holde motivasjonen oppe, dratt meg med på trening og lest korrektur.

Til slutt vil jeg selvfølgelig også takke familien min, Siv & samboeren min Simen som alltid stiller opp og ikke minst Balto for mange fine turer – litt frisk luft hjelper alltid.

Tonje Davidsen

Trondheim, juni 2018

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
2. Teoretisk rammeverk	5
2.1 Behov for reform	5
2.2 New Public Management	6
2.2.1 Hva er NPM?.....	6
2.2.2 Administrasjonsmodell vs. markedsmodell	7
2.2.3 Tro på ledelse	8
2.2.4 Indirekte kontroll.....	8
2.2.5 Brukerfokusering.....	8
2.2.6 Debatten med fokus på ledelse.....	8
2.2.7 NPM-inspirerte virkemidler i norsk helsevesen.....	9
2.2.8 Post-NPM.....	10
2.3 Helseledelse og jobbtilfredshet.....	11
3. Tidligere forskning	15
3.1 Sykehusreformen 2002.....	15
3.2 Helseledelse og jobbtilfredshet.....	16
3.3 Kommunikasjon	20
3.4 Regelstyrt & stivbeint vs. autonomi & egenkontroll.....	20
3.5 Hypoteser.....	21
4. Data og metode	23
4.1 Modellspesifikasjoner.....	23
4.1.1 Datasett.....	23
4.1.2 Variabler.....	24
4.1.3 Avhengige variabler	24
4.1.4 Sentrale uavhengige variabler	27
4.1.5 Kontrollvariabler	29
4.2 Estimeringsteknikk	30
4.3 Validitet & reliabilitet.....	32
4.4 Forutsetninger for lineær regresjon	33
4.4.1 Linearitetsforutsetningen.....	33
4.4.2 Restledd – homoskedastisk, normalfordelt og ingen autokorrelasjon	34
4.4.3 Forhindre spuriøs sammenheng mellom X og Y	35
4.4.4 Multikollinearitet.....	35
4.4.5 Utelatte variabler.....	35
5. Resultater	37
5.1 Resultater tabell 8	39
5.2 Resultater tabell 9	42
6. Diskusjon	43
7. Konklusjon	51
7.1 Styrker og svakheter ved studien.....	52
7.2 Videre arbeid	53
8. Litteratur	55
Appendiks	58
Tabell 10. Deskriptiv statistikk.....	58
Graf 1-3: Oversikt over de avhengige variablenes normalfordeling	58
Tabell 11. VIF-test HF	59
Tabell 12. VIF-test Avdeling.....	59

1. Innledning

Norge tilhører den nordiske velferdsmodellen med en stor offentlig sektor og omfattende sosiale ordninger i offentlig regi finansiert gjennom beskatning. Vi er et land preget av stor likhet ettersom vi politisk har prioritert et velferdssystem som sikrer økonomisk trygghet, gratis utdanning og helse. Norge har en godt fungerende offentlig sektor sett i et internasjonalt perspektiv, men vi har likevel utfordringer som må møtes. Ettersom det blir stadig flere eldre og flere lever lenger med funksjonsnedsettelse og andre lidelser, er det forventet at behovet for velferdsstatens tjenester vil øke i fremtiden. Hver dag utvikles det ny teknologi som gir flere muligheter, men samtidig også et høyere forventningsnivå fra pasienter og pårørende. Det norske samfunnet er altså i stadig endring – det økte presset gjør det aktuelt å finne bedre måter å styre, organisere og utvikle tjenesteapparatet på. De fleste politiske områder er preget av New Public Management (NPM)-inspirerte reformer og omstillinger for å møte nye tider og behov. Både blå og rødgrønne regjeringer iverksetter tiltak for å fornye og effektivisere offentlig forvaltning og tjenesteyting. I de senere år har reformene i Norge vektlagt et fokus på reduserte kostnader, økt effektivitet, redusert skattetrykk og en offentlig sektor som er styrt etter klarere mål for å sikre at kvaliteten og omfanget på offentlige tjenester opprettholdes og forbedres (Blank & Bureau, 2014; Grund, 2006; Lane, 2000; Vabø, 2014a).

New Public Management er et meget omdiskutert tema. De som forsvarete NPM argumenterer for at denne formen for offentlig styring styrker velferdsstaten og gjør den mer effektiv. Selv om NPM blir sett i sammenhengen med ønske om å redusere offentlige sektor, er det ikke slik at NPM hevder at privat sektor skal overta tjenesteytingen fra offentlig sektor, men heller sørge for at offentlig tjenesteyting organiseres med prinsipper fra privat sektor. Motstanderne på den andre siden, hevder at NPM aldri i realiteten var noe nytt, kun høyrevridd retorikk – en blanding av ulike ideer som egentlig aldri hang helt sammen. I tillegg mener de at NPM overvurderer verdien av økonomisk effektivitet over andre vurderingskriterier som f.eks kvalitet (Lane, 2000).

Helsesektoren er en sektor der NPM har fått særlig modellmakt. Et godt og fungerende helsevesen er en svært viktig del av samfunnet. De siste 30 årene har blitt kalt helsereformenes tidsalder. Den sosialdemokratiske regjeringen ønsket en reform som moderniserte helsesektoren. Den NPM-inspirerte sykehusreformen fra 2002 kombinerte statlig overtagelse av sykehusene med innslag av privatisering ved at sykehusene ble gjort om til foretak. Dette

førte til at sykehus er blitt “konkurransutsatte” virksomheter som er styrt både ovenfra og nedenfra. Foretaksorganiseringen skulle sørge for en armlengdes avstand til politikken, og gi lederne frihet og mulighet til å lede. Fokuset på lederroller er et NPM-inspirert virkemiddel, lovbestemmelser om enhetlig ledelse knytter ansvar til ledelsesposisjoner fremfor helseprofesjonsutdanning. Det er ikke lenger overlegen som er sykehussjef; styrer med ledere fra næringslivet, sykehusdirektører og avdelingsledere har fått tydeligere lederansvar (Grund, 2006).

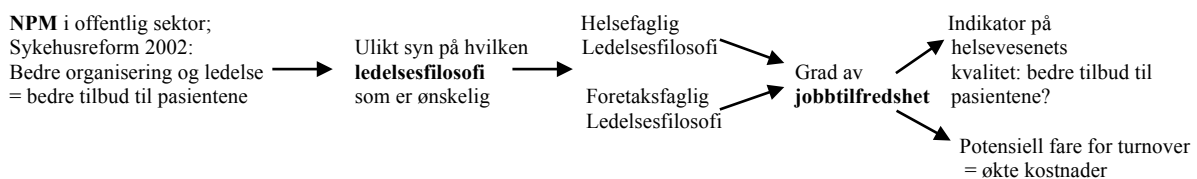
Hvorfor er det interessant å se på ledelse i helsesektoren? Gilmartin og D'Aunno (2007) argumenterer for at helsesektoren er en spesielt hensiktsmessig sektor å undersøke når man skal forske på ledelse. I mange land er helsesektoren den største industrien samt største arbeidsgiver. Et velfungerende helsesystem er dessuten viktig om man skal opprettholde en sunn befolkning, som videre er avgjørende for et produktivt samfunn (Sachs, 2005). Helse og helsesektoren er så viktig i den moderne verden at det å øke kunnskapen om ledelse i denne sektoren er hensiktsmessig (Gilmartin & D'Aunno, 2007). Helsesektoren opplever i likhet med andre sektorer kontinuerlige utfordringer knyttet til krav om økonomisk bærekraftighet og høy standard. Ledere i helsesektoren har et stort ansvar i møte med utfordringene, da det er forventet at de skal utgjøre en forskjell og ta gode avgjørelser (Lega, Prenestini & Rosso, 2017). Likhetene mellom helsesektoren og andre sektorer når det kommer til krav om effektivitet og bærekraftighet gjør det relevant å forske på ledelse i helsesektoren, ettersom mye kunnskap kan være overførbart til andre sektorer. Likevel, legene i helsesektoren er en profesjon med mye makt og innflytelse, noe som kan skape utfordringer når endringer blir forsøkt innført. Dette er et karaktertrekk ved sektoren som skiller den fra andre sektorer (Gilmartin & D'Aunno, 2007).

Hvorfor er det så videre interessant å se på jobbtilfredshet blant leger? Tilfredsstillende grad av jobbtilfredshet hos leger er avgjørende for å unngå mistriivsel som kan føre til turnover (Voltmer, Rosta, Siegrist & Aasland, 2012). Organisasjonsforskning viser at ansatte med høy jobbtilfredshet har større sannsynlighet for å være effektive samt bli værende i jobben. Lav jobbtilfredshet kan derimot føre til fravær, søksmål, lav arbeidsmoral og stor sjanse for turnover (Loke, 2001). Turnover er svært kostnadsfullt for alle organisasjoner uavhengig av bransje, det fører som regel også til at effektiviteten og kvaliteten på tjenestene påvirkes negativt (Long & Thean, 2011). Legers jobbtilfredshet er også en viktig indikator på helsevesenets kvalitet, lav jobbtilfredshet er ikke bare skadelig for legene selv, men det kan også påvirke kvaliteten i

behandling av pasienter samt pasientenes tilfredshet med helsetjenestene (Menaker & Bahn, 2008; Shanafelt et al., 2015; Voltmer et al., 2012).

Markedstenkning i offentlig sektor skulle være positivt; bedre organisering og ledelse skulle gi et bedre tilbud til pasientene. Ledelse på sykehus har gått fra å ha faglig forankring til fokus på økonomi og effektivitet. Diskusjonen i etterkant har blant annet handlet om at høy effektivitet ikke nødvendigvis fører til høy kvalitet, sykehusansatte opplever at det de oppfatter som viktige mål, verdier og prioriteringer går på tvers av ledelsens verdier og prioriteringer. Dette fører til at leger utvikler mistillit til ledelse og endringer i sektoren (Bjaalid, 2018). Legers jobbtfredshet har vært diskutert både i Norge og internasjonalt de senere årene på bakgrunn av den allmenne oppfatning og rapporter om økende misnøye innen den medisinske profesjonen. Likevel viser deg seg at de fleste publikasjoner om legers misnøye er i form av debattinnlegg og lederartikler, kun noen få artikler bygger på egen data og disse er ikke like entydige i sine konklusjoner (Nylenna & Aasland, 2010). Tilfredse leger er viktig i seg selv ettersom vi ønsker at de skal ha en god arbeidstilværelse, samt at det er viktig for kunne tilby god kvalitet i behandlingen. Erstatning av leger er også svært dyrt for samfunnet og bør helst unngås. Denne oppgavens problemstilling lyder som følger: *Er det slik at en helsefaglig ledelsesfilosofi har sammenheng med høyere jobbtfredshet hos norske sykehusleger, mens en foretaksfaglig ledelsesfilosofi der økonomi og effektivitet er viktig har sammenheng med misnøye?*

Figur 1. Kartlegging av situasjonen



Gjennom OLS-regresjon finner denne oppgaven en positiv signifikant sammenheng mellom ledelse med fokus på faglige aspekter og jobbtfredshet, noe som samsvarer med tidligere forskning på området. Videre kan analysene ikke bekrefte en sammenheng mellom ledelse som vektlegger foretaksfaglige aspekter og misnøye. Ledelse ser ut i fra oppgavens analyser ut til å kunne gjøre en forskjell når det kommer til å sikre jobbtfredshet og kvalitet i tjenestetilbudet, samt forhindre turnover som fører med seg uønskede kostnader.

Resten av oppgaven er organisert på følgende måte: det neste kapitlet vil presentere oppgavens teoretiske rammeverk. Deretter vil kapittel tre gi en oversikt over tidligere forskning av betydning for denne oppgaven, samt de testbare hypotesene. Kapittel fire presenterer data og metode inkludert modellspesifikasjoner, estimeringsteknikk, validitet & reliabilitet samt forutsetninger for lineær regresjon. Videre vil kapittel fem ta for seg resultater, kapittel seks presenterer diskusjonen før kapittel syv til slutt konkluderer, tar for seg studiens styrker og svakheter samt kommer med betraktninger om mulig videre arbeid.

2. Teoretisk rammeverk

Dette kapittelet vil presentere oppgavens teoretiske rammeverk. Først vil behovet for reformer i helsesektoren belyses før New Public Management introduseres; en ny måte å organisere offentlig sektor på. Videre vil kapittelet ta for seg ledelse innen helse, et viktig aspekt innen NPM.

2.1 Behov for reform

Reformer er et forsøk på å endre organisasjoner ovenfra gjennom strukturelle endringer som å endre finansieringsordninger eller organisasjonsform. Reformen innføres når myndigheter vil endre virkemiddelbruken for å nå sektor- og forvaltningspolitiske mål. Når samfunnet er i endring på grunn av endret tilgang på ressurser, teknologi og befolkningsendringer, må også det offentlige virkemiddelapparatet endre seg. Reformen innføres på flere nivåer og dreier seg blant annet om å øke tilgjengeligheten til offentlige tjenester, endre ressursbruken, sikre bedre demokratisk styring, sette klarere grenser for staten og å endre balansen mellom markedsløsninger og kollektive løsninger (Grund, 2006). I de senere år har reformene vektlagt et fokus på reduserte kostnader, økt effektivitet, redusert skattetrykk og en offentlig sektor som er styrt etter klarere mål for å sikre at kvaliteten og omfanget på offentlige tjenester opprettholdes og forbedres (Lane, 2000).

Selv om land er ulike når det kommer til styresett og kultur støter de på like utfordringer knyttet til lavere nasjonale inntekter og begrensede ressurser. Dette gjør det vanskeligere å møte utfordringene knyttet til finansiering og leveranse av helsetjenester. Helsekostnader øker raskere enn den økonomiske veksten, noe som ikke er bærekraftig i det lange løp. Utfordringer knyttet til aldrende befolkninger, rask utvikling innen medisinsk teknologi samt økende forventninger og krav fra befolkningen bidrar til økte kostnader. Reformen i mange ulike land er en reaksjon på denne utviklingen. Selv om reformene varierer i omfang og innhold fra land til land viser de tydelige tegn på hvordan finansiering og leveranse kommer til å ta form i de kommende tiår. Det er likevel store forskjeller i hvor godt ulike land håndterer å begrense kostnader, tilby gode allment tilgjengelige helsetjenester samt fremme en god folkehelse (Blank & Bureau, 2014). Det har siden 1980-tallet nærmest vært et krav i OECD-landene at reformer i offentlig sektor tilpasser seg en situasjon der det er lavere vekst i offentlige utgifter. Reformene er en del av den pågående kritikken mot velferdsstatens sterke ekspansjon (Grund, 2006). Olausson og Wollebæk (2002) viser til undersøkelser utført av OECD som tyder på at de

nordiske landene, i motsetning til anglo-amerikanske land, ikke har gått like langt når det kommer til implementering av NPM-reformer. Dette gjelder særlig privatisering og bruk av markedsliknende mekanismer. Mål- og resultatstyring er derimot elementer som er blitt tillagt mer vekt i Norge og de resterende nordiske landene.

Statsvitere har karakterisert Norge som en nølende reformator av offentlig sektor frem til midten av 1990-tallet (Olsen, 1996). Mens Norge det siste tiåret derimot, sees på som en sterkere reformgiver (Sørensen, 2004). Innen statsvitenskapelig forskning går tre hovedtyper av forklaringer på omfanget av reformene igjen: den første forklaringen går på at reformene har vært drevet frem av den politiske og administrative elitens virkelighetsforståelse. Den andre dreier seg om at interessegrupper, da spesielt offentlige ansatte, ønsker å begrense omfanget av markedsreformer grunnet egeninteresse. Den siste forklaringen omhandler rollen de politiske partiene egentlig spiller, og at befolkningen på lik linje med politikerne ønsker reformer som et svar på de effektivitetsutfordringene myndighetene må håndtere i møtet med fremtidens utfordringer knyttet til blant annet globalisering, internasjonalisering og ny teknologi (Sørensen, 2004).

En åpenbar grunn til at NPM vokste frem i flere land omtrent samtidig, er det politiske skiftet i ulike land på slutten av 1970-tallet. Høyreorienterte regjeringer overtok makten og deres kritikk gikk på at offentlig sektor var for stor, sentralisert og ineffektiv. Dette skjedde samtidig som land gikk inn i en fase med økonomisk stagnasjon og krise, noe som økte presset på en omorganisering av offentlig sektor. Det ble også hevdet at befolkningen mistet tillit til det offentlige og at det var minkende villighet til å støtte en stor offentlig sektor finansiert gjennom beskatning (Christensen & Læg Reid, 2001).

2.2 New Public Management

2.2.1 Hva er NPM?

Betegnelsen “New Public Management” kommer fra Storbritannia og er relevant når man skal forstå reformer og modernisering av offentlig sektor i et bredere perspektiv både nasjonalt og internasjonalt (Grund, 2006). NPM er ikke en enhetlig teori eller idé, men en sammenfatning av mange ulike reformelementer som blant annet dreier seg om hvordan myndighetene kan øke effektiviteten i offentlig tjenesteyting. NPM beskrives gjerne ved at man beveger seg bort fra tradisjonell regel- og profesjonsstyring og mot en mer markedsorientert styring. Sentralt i

NPM presiseres viktigheten av at offentlig sektor og forvaltningsapparat har større fokus på effektivitet, resultat, marked og brukere, og mindre vekt på regler, prosess og interne hensyn (Christensen & Lægroid, 2001; Lane, 2000; Vabø, 2014b).

2.2.2 Administrasjonsmodell vs. markedsmodell

Ødegård (2000) presenterer i bokkapittelet “New Public Management - markedet som redningsplanke?” en oversikt som illustrerer forskjellen mellom den tradisjonelle offentlige administrasjonsmodellen og markedsmodellen som er trukket frem som utfordrer. Figur 2 inneholder elementer som ofte inngår i fremstillinger av de ulike modellene.

Figur 2. *Forskjellen mellom administrasjonsmodellen og markedsmodellen*

Administrasjonsmodellen	Markedsmodellen
Hierarki	Marked
Sentralisering	Delegering/desentralisering
Ressurstilgang ut fra bedømmelse av behov	Ressurstilgang ut fra faktisk etterspørsel og pris
Kollektive valg i en samfunnskontekst	Individuelle valg i et marked
Ansvarlighet	Selvstyre/autonomi
Søken etter rettferdighet/likhet	Søken etter markedstilfredshet
Borgerrettigheter	Brukersuverenitet
Kollektiv handling	Konkurranse
Profesjon	Ledelse
Tradisjon	Fornyelse
Borger	Kunde/bruker

Kilde: Ødegård (2000)

Fremstillingen over rendyrker de to modellene, og viser i mindre grad kompleksiteten og mangfoldet som karakteriserer reformarbeidet som foregår i mange land. Det kan foreligge store variasjoner fra land til land og kommune til kommune hvilke elementer som blir vektlagt mest i endringsarbeidet. Det er sjelden slik at en organisasjon gjennomfører hele pakken av reformtiltak i en omgang, i praksis så viser det seg at offentlig forvaltning er selektiv i valg av reformelementer (Ødegård, 2000).

Ødegård (2000) har i en gjennomgang av litteraturen om NPM utarbeidet en tredeling av kjennetegnene ved NPM-konseptet, som hver for seg har en teoretisk forankring: tro på ledelse, indirekte kontroll og brukerfokusering.

2.2.3 Tro på ledelse

Innenfor NPM skal lederrollen bli tydeligere, det skal gi rom for ledelse men samtidig stilles krav til resultater og måloppnåelse. I praksis vil troen på ledelse bety utstrakt bruk av delegering, en profesjonalisering av lederrollen og at ansettelser knyttes opp mot resultatkrav. Dette kjenner man igjen fra privat næringsliv, hvor det å være leder har utviklet seg til å bli en egen profesjon, som kvalifiserer en til å være leder av en bedrift uavhengig av hva bedriften produserer (Ødegård, 2000).

2.2.4 Indirekte kontroll

Den andre bolken handler om overgangen fra direkte autoritet, til indirekte kontroll i styringen av forvaltningen. Dette innebærer en overgang fra styring av offentlig sektor gjennom regler og rutiner til større fokus på økonomiske resultater ved å benytte ulike mål- og resultatstyringssystemer. Disse elementene er inspirert av Public Choice-tilnærmingen som i særlig grad vektlegger behovet for marked, kontrakter og konkurranse for å unngå sløsing av ressurser, samt skape en motvekt for egeninteresse hos offentlige ansatte (Ødegård, 2000).

2.2.5 Brukerfokusering

Den tredje bolken skissert av Ødegård (2000) tar for seg hvordan organisasjoner kan legge til rette for økt innflytelse og medvirkning fra innbyggerne. Intensjonen er å opprette mekanismer som kan gjøre informasjonsflyten fra innbyggerne inn i beslutningsprosessen bedre. Økt brukermedvirkning forutsetter at disse gruppene myndiggjøres i større grad enn i dag. Konkret vil en slik brukerfokusering bety for eksempel økt valgfrihet, service-garantier, individuelle rettighetsprinsipper, stykkprisfinansiering, brukerundersøkelser og folkeavstemninger (Olaussen & Wollebæk, 2002).

2.2.6 Debatten med fokus på ledelse

Debatten om NPM har foregått i både partipolitikken, interesseorganisasjoner og innenfor det akademiske miljøet (Ødegård, 2000). NPM kan betraktes som et forsøk på nedbygging av offentlig sektor, men det kan også sees på som en helt nødvendig omstilling som styrker staten

gjennom effektivisering av offentlig virksomhet. Det siste argumentet er det som oftest går igjen i Norge og andre europeiske sosialdemokratier. Kritikken mot NPM kommer fra ulike hold og med forskjellige utgangspunkt. Debatten i de nordiske landene har for det meste handlet om skjæringsfeltet mellom økt lederfokus og mer utstrakt bruk av indirekte styringsverktøy (Olaussen & Wollebæk, 2002). Ledelsesdebatten har også tatt for seg i hvilken grad det er mulig å snakke om universelle ledelsesprinsipper som kan benyttes på tvers av sektorer (offentlig/privat/frivillig) og tjenesteområde (skole, helse- og sosialtjenester, kultur, tekniske tjenester osv.) (Ødegård, 2000). Det har også blitt rettet fokus på konsekvensene av å skille ledelse fra fag (profesjon). Sehested og Ejersbo (1998, s. 423) beskriver hvordan NPM-inspirerte reformtiltak fører til at det skjer en “dekobling mellom ledelse og professioner”. Denne formen for frakobling av roller er med på å bygge opp spenninger mellom den såkalte generalistledelsen og fagprofesjonen innad i organisasjonen. De uttrykker videre hvordan en slik intern konflikt kan bygge seg opp til en konstant kamp om hvem som skal gjøre hva i sammenheng med de daglige oppgavene. De trekker også fram hvordan de nye frakoblede rollene kan føre til at man undergraver det faglige aspektet som et betydningsfullt prioriteringsgrunnlag for tjenesteytingen. De hevder at det å nedtone de faglige aspektene over tid kan medføre en reell risiko for et dårligere tjenestetilbud.

2.2.7 NPM-inspirerte virkemidler i norsk helsevesen

Reformene i Norge startet ikke for fullt før i andre halvdel av 1990-tallet. Dette avsnittet tar for seg de mest kjente NPM-inspirerte elementene/virkemidlene innen norsk helsevesen. NPM kjennetegnes blant annet, som beskrevet, ved at borgere blir sett på som kunder. Denne tankemåten har fått modellmakt i helsesektoren, og i sykehussektoren er det pasientene som sees på som kunder. Sentralt i NPM er også tanken om konkurranse; dette foregår mellom sykehusene innad i helsesektoren. Begrensninger og monopol må reduseres eller fjernes for å tilrettelegge for konkurranse. Dette skjedde i helsesektoren blant annet gjennom fritt sykehusvalg, en reform innført i 2001 (Grund, 2006). Denne reformen ga pasientene medbestemmelse i større grad samt flere rettigheter på helseområdet. Med fritt sykehusvalg står pasientene fritt til å velge det sykehuset med størst ledig kapasitet. Dette er med på å sikre hensiktsmessig og god ressursutnyttelse ved norske sykehus (Helsedepartementet, 2003). En forutsetning for at fritt sykehusvalg skal fremme konkurransen mellom sykehusene er at hvert sykehus får større grad av autonomi, noe som sikres gjennom sykehusreformen fra 2002 ved at sykehusene organiseres som helseforetak (Johannessen & Olaisen, 2007). Et annet viktig

element er innføringen av ulike belønningssystemer, brukt som incentiver ovenfor de ansatte slik at de skal nå mål som er politisk ønskelige. Innenfor helsevesenet er innsatsstyrt finansiering (ISF) fra 1997 og utviklingen av diagnoserelaterte grupper (DRG) eksempler på dette. Det ble også innført individuell lønn til ansatte i både privat og offentlig sektor. Måloppnåelse i form av høyere innsats og gode resultater skulle være det som bestemte interne lønnsforskjeller, ikke kun ansenitet slik det tradisjonelt var (Stamsø, 2005). Reformene i andre halvdel av 1990-tallet introduserte nye ledelsespraksiser. Nye terminologier som produktivitet og formålseffektivitet ble viktige begreper i den offentlige ledelsens styringspraksis. Ledere fikk større frihet i den daglige driften, samtidig som de ble gitt klarere mål og resultater som de skulle oppnå (Vanebo & Strømsnes, 2001). Det ble også vedtatt lovbestemmelser om enhetlig ledelse som knytter ansvar til ledelsesposisjoner framfor profesjonsutdannelse (Grund, 2006). Et fellestrekk ved reformene er at de ble rettfærdiggjort med økte kostnader og sykehusenes manglende evne til å håndtere et økende antall pasienter. Selv om alle reformene ikke kan sees på som eksplisitte ledelsesreformer, førte alle til store endringer i sykehusenes interne organisatoriske struktur. Dette skjedde gjennom opprettelse av nye avdelinger, innføring av incentivekontrakter, nye og innovative tekniske løsninger, standardiseringer av prosesser og endringer i lederskap- og organisasjonskulturen (Martinussen & Magnussen, 2011). Omorganiseringen av helsesektoren i mange vestlige land har utfordret rollen, identiteten og autonomien til sykehusansatte. Endringene implementert under NPM-inspirerte reformer skulle gjøre at organiseringen av offentlig sektor skulle ligne på organiseringen fra privat sektor. Selv om sykehusreformen skulle forbedre likheten, kvaliteten og effektiviteten i sykehusbehandlingen, har mange vært skeptiske til om politikerens egentlige intensjon var å øke fokuset på de økonomiske aspektene, noe som mange mener er et brudd på de medisinske prinsippene som sykehusdriften baserer seg på (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 193).

2.2.8 Post-NPM

Reformbølger varer sjelden evig, NPM har hatt stor betydning i mange land, men modifierende trekk har vokst frem mot slutten av 1990-tallet. Post-NPM-reformbølgen har lagt vekt på økt sentral styring og samordning. En sentral årsak til at post-NPM vokste frem var erkjennelsen blant politikerne om at de gjennom NPM hadde mistet både politisk styring og kapasitet. Det ble også tatt til orde for at det var udemokratisk at man valgte politikere med et folkelig mandat, men hindret dem i å styre ut fra dette mandatet. Grunnen til svekkelsen ble blant annet knyttet til fristillingen, der den politiske ledelsen mistet kontrollmidler. Post-NPM vokste også frem i kjølvannet av mangel på leveranse innenfor kostandeffektivitetsfeltet. Det har vært vanskelig

å påvise økt kostnadseffektivitet i serviceyting, dessuten har det blitt stilt spørsmål om økt kostnadseffektivitet gikk utover kvaliteten på offentlige tjenester samt at det kunne føre til økt sosial ulikhet. Det er ikke slik at post-NPM legger alle NPM-trekk til side, men elementer fra post-NPM kan modifisere og supplere trekk fra NPM. Dette fører til at reformer kan bli komplekse og hybride, noe som kan føre til motstridende elementer; det kan gi fleksibilitet på den ene siden eller uklarheter på den andre siden. Sykehusreformen fra 2002 innebar at staten overtok ansvaret fra fylkeskommunen, dette var et tydelig post-NPM trekk, samtidig ble myndighet delegert til det regionale og lokale helseforetak, noe som er tydelig inspirert av NPM (Christensen, Egeberg, Larsen, Lægred & Roness, 2010).

2.3 Helseledelse og jobbtilfredshet

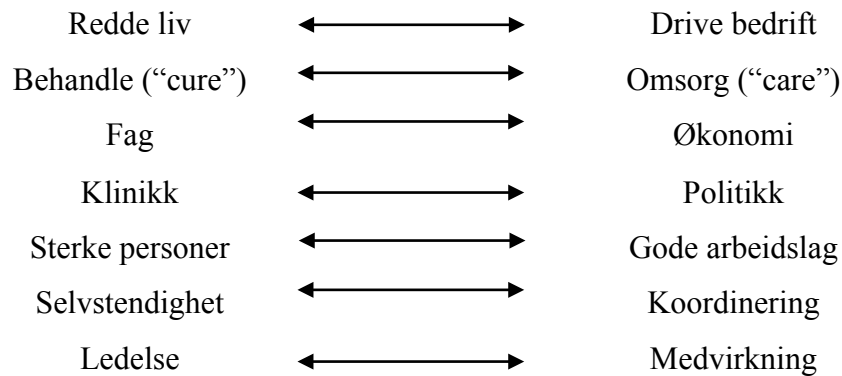
Ledelse er et tema som har fått mye oppmerksomhet innen akademia; lederskap er et såpass komplekst fenomen, at det i litteraturen ser ut til å være vanskeligheter med å komme til konsensus om en definisjon. Ettersom denne oppgaven dreier seg spesifikt om ledelse innen helse vil det fokuseres på helseledelse. En definisjon av helseledelse utformet av Goodwin (2006) lyder som følger: "Leadership is a dynamic process of pursuing a vision for change in which the leader is supported by two main groups: follower within the leader's own organization, and influential players and other organizations in the leader's wider, external environment" (Goodwin, 2006, s. 22).

Det blir stadig mer fokus på at god organisering og godt lederskap betyr mye for å få det beste ut av de ansatte (Martinsen, 2005). Etter at sykehusene ble selvstendige helseforetak har debatten om hvordan og hvem som burde lede norske sykehus fått fornyet aktualitet. Debatten går blant annet ut på hvilke kvalifikasjoner ledere i norske sykehus skal ha. Kontroversen går på om det er ledelseskvalifikasjoner som bør legges til grunn ved rekruttering av ledere i helseforetak fremfor helsefaglige kvalifikasjoner. Nye profesjoner og profesjonelle ledere utfordrer legene i kampen om lederposisjoner (Torjesen, 2007). Johannessen og Olaisen (2007) deler aktørene i sykehus i to grupper, de foretaksfaglige og de helsefaglige, der politikerne og administrasjonen tilhører den første gruppen, mens alle andre tilhører den andre gruppen. Suksesskriteriene for det helsefaglige perspektivet kan oppsummeres som omsorg, pleie, diagnose, medisinering, kvalitet og service, mens det foretaksfaglige perspektivet bygger sine suksesskriterier på budsjett, regnskap, økonomistyringssystem og marked.

Sykehusene er komplekse organisasjoner med svært kompetente ansatte; over halvparten av de ansatte i norske sykehus har høyere utdanning. Kompleksiteten handler om krevende oppgaver, bruken av avansert teknologi og de vanskelighetene man møter når man skal designe arbeidsrutiner og ledelsesprinsipper for en helseprofesjon med mye innflytelse. Helsefaglige profesjoner – leger og sykepleier i særlig grad, er viktige nøkkelressurser i et sykehus. På den ene siden er det kvaliteten på arbeidet fagfolkene utfører som avgjør om oppgaver løses. På den andre siden er fagfolkene også sterke motkrefter mot tverrfaglige løsninger, læring, ledelse og omorganisering. Tradisjonelt har ledelsesfunksjoner tilhørt fagfolkene, ledelse som en selvstendig funksjon var lenge utenkelig (Grund, 2006). Sykehusene opplever en hverdag som er preget av både medisin og økonomi. Styringsdilemmaet som oppstår er en kamp mellom den medisinske logikk og den økonomisk-administrative rasjonalitet. De helsefaglige profesjonene på sykehuset jobber daglig med problemstillinger knyttet til liv og død, håp og fortvilelse, smerte og angst. De oppfatter økonomer og staben på sykehuset som aktører som kan arbeide med langsiktig planlegging, i motsetning til seg selv som er nødt til å forholde seg til det som skjer med pasienter her og nå. Ledelsen og staben på den andre siden som jobber med å utvikle rammer, budsjetter og innsparinger, ser på de helsefaglige profesjonene som aktører som er opptatt av pasientene sine, og ikke ønsker å forholde seg til økonomiske rammer. Ledere må styre sine avdelinger etter både faglige og økonomiske mål, spenningen mellom den fagmedisinske virksomheten og den overordnede ledelsen gjør lederskap i sykehus meget komplisert (Grund, 2006).

Helseprofesjonene på et sykehus innehar høy grad av faglig selvstyre, de er formet av sin profesjonsutdanning og ønsker å leve opp til faglige normer. Til daglig føler de seg i første rekke forpliktet overfor pasientene sine, faget sitt og sine fagkollegaer. Selv om fagfolk med autoritet ikke alltid har hatt formelle ledelsesposisjoner, har de over tid utviklet seg til å bli sykehusenes uformelle ledere, og utøvende ledelse har vært knyttet til faglig ledelse. Nedenfra-opp perspektivet og faglige forventninger vil alltid prege et sykehus. De senere årene har sykehusene i økende grad opplevd krav også ovenfra i form av kravet om økonomisk effektiviseringstenking som preger reformarbeidet i offentlig sektor. NPM-inspirerte virkemidler som innsatsstyrt finansiering, helseforetaksorganiseringen og fritt sykehusvalg har satt i gang et stort økonomisk-administrativt press på sykehusene. For å kunne løse disse to typene press, kreves det en ledelse på alle nivåer som mestrer å integrere faglig og administrative tankesett. Dette vil innebære at man som leder må håndtere mange ulike dilemmaer slik som illustrert i figur 3 (Grund, 2006).

Figur 3. Ledelsens dilemmaer i sykehus



Kilde: Grund (2006)

Det har i litteraturen vært økt fokus på integreringen av faglig og administrativt tankesett, og i hvilken grad den medisinske profesjonen har vært villige til å adoptere en økonomisk styringslogikk i kjølvannet av NPM-reformer. Det er ventet at den medisinske profesjonen motsetter seg en slik praksis fordi den kan sees på som en trussel mot profesjonens autonomi og medisinske verdier (Martinussen & Magnussen, 2011). Det kan likevel se ut til at den medisinske profesjonen er villige til å lære regnskapsteknikker innen Finske NPM-reformer, noe som gjør at Kurunmäki (2004) argumenter for at det har oppstått det han kaller en hybrid profesjon. Den hybridiserte ledelse kan være en reaksjon på en gitt offentlig politikk, enten en reform eller mer generelle programmer for modernisering (Berg & Byrkjeflot, 2010). Grund (2006) beskriver samme fenomen og legger vekt på at helseledelse handler om å balansere mellom ulike hensyn. Han hevder at ledere med den rette kombinasjonen av faglig og ledelsesmessig kompetanse er bedre egnet til å forstå konteksten og er i stand til å mestre balansen mellom fag og økonomi/administrasjon. Det er samtidig viktig at de både kan bruke autoritet samt ha evnen til å føre god dialog. Etter Berg og Byrkjeflot (2010) sin gjennomgang av litteraturen på hybridledelse konkluderer de med at det ikke ser ut til å finnes en klar definisjon, men at den typiske forståelsen går på en form for ledelse hvor det medisinfaglige suppleres med det økonomisk-administrative. “De medisinskfaglige dimensjonene handler om å utvikle faglige kriterier for kvalitetsmålinger og styring. Økonomisk-administrative dimensjoner kan være budsjetterings- og regnskapssystemer, men også strategiutforming, kommunikasjon og konfliktløsning” (Berg & Byrkjeflot, 2010, s. 228). De understreker også at det ikke finnes en bestemt kombinasjon av ferdigheter eller kunnskaper som utgjør hybridledelse i sykehus da litteraturen diskuterer hva de ulike ekspertiseområdene innebærer, hvordan de tolkes og hvordan de blandes.

3. Tidligere forskning

Denne litteraturoversikten vil ta for seg deler av diskursen som er av betydning for denne studien, og da i særlig grad for variablene som blir benyttet i analysen. Først vil kapittelet ta for seg sykehusreformen fra 2002 som er et tydelig eksempel på en NPM-inspirert reform i offentlig sektor. Forskning på området er inkludert ettersom det kan gi et overordnet blikk på hva som er blitt fokusert på med reformen. Deretter vil hovedfokuset ligge på litteraturen som omhandler helseledelse og jobbtilfredshet. Videre vil temaene kommunikasjon og regelstyrt og stivbeint arbeidsmiljø belyses, emner som er tett relatert til jobbtilfredshet. Disse er inkludert fordi de gir et bredere bilde av hva jobbtilfredshet dreier seg om samt at de danner grunnlaget for analysens avhengige variabler. Avslutningsvis vil oppgavens hypoteser basert på kapittelets teori og tidligere forskning presenteres.

3.1 Sykehusreformen 2002

Sykehusreformen innført i 2002 medførte statlig overtagelse av eier- og finansieringsansvar for sykehusene fra fylkeskommunene. Dette førte til at staten fikk en mer fremtredende styringsposisjon enn tidligere. Sykehusreformen ble utformet på grunn av svak aktivitets- og kostnadskontroll. Reformen hadde flere målsetninger; klarere ansvarslinjer mellom sykehuseier og sykehusene, større likhet i tilgang på helsetjenester, bedre medisinsk kvalitet, bedre organisering av sykehusene samt bedre kvalitet (Grund, 2006). I følge Høie (2015) var det i reformen et stort fokus på “mer helse for pengene”. Han beskriver hvordan mange helseansatte er misfornøyde med at helsefaglige forhold blir nedprioritert til fordel for økonomi som sees på som et mål i seg selv. Aasland, Hagen og Martinussen (2007) undersøkte sykehuslegenes syn på sykehusreformen, og konkluderte med at sykehuslegene ikke synes at reformen har ført til bedre organisering, likeverdig tilbud eller bedre kvalitet. Undersøkelsen deres baserte seg på et tilfeldig utvalg av 2500 sykehusleger trukket fra Legeregisteret, der 1298 tilslutt gjennomførte undersøkelsen. Deres undersøkelse viste at sykehuslegene gjennomgående er meget kritiske til effekter av sykehusreformen; en av to sykehusleger hevder at sykehusreformen har hatt negative konsekvenser for sykehusene.

Aasland et al. (2007) undersøkte tidsperioden 2000-2006, der to helsereformer kan ha påvirket legers tilfredshet på arbeidsplassen. Deres resultater viser at jobbtilfredsheten for norske sykehusleger er høy og stigende – fremfor synkende. Når det kommer sammenhengen mellom helsereformene og jobbtilfredshet finner de ingen signifikant sammenheng, i motsetning til

samfunnets oppfatning. De forklarer dette med at interne faktorer spiller en større rolle enn eksterne faktorer når det kommer til jobbtilfredshet og at helsereformers påvirkningskraft fortsatt er relativt ukjent.

En annen studie som tar for seg sykehuslegers syn på helsereformen er utført av Martinussen og Magnussen (2011). De beskriver hvordan reformer av vestlig helsesektor har utfordret rollen, identiteten og autonomien til den medisinske profesjonen. Ettersom slike reformer ofte øker fokuset på det økonomiske aspektet innen helsetjenester fremfor prinsippene den medisinske profesjonen måtte ha, argumenteres det ofte for at den medisinske profesjonen vil motsette seg slike reformer. De ønsket å undersøke legenes generelle syn på helsereformen, samt effekter knyttet til tre helsepolitiske mål; likhet, kvalitet og effektivitet. Dataene de benyttet er basert på en undersøkelse av et representativt utvalg sykehusleger fra 2006 kombinert med organisatoriske- og økonomiske data om sykehusene. De fant, som de forventet, at leger som i større grad hadde oppgaver knyttet til ledelse var mer positive i sin evaluering av reformen, i motsetning til leger som i større grad drev med direkte pasient-relatert arbeid. Deres funn bygger opp under synet om at det er heterogenitet innen legeprofesjonen når det kommer til ledelsesaspektet; noen ledere med medisinbakgrunn tar til seg ledelsesverdier- og verktøy, mens andre fortsetter å fremmedgjøre seg dem.

I 2017 publiserte Martinussen, Frich, Vrangbæk og Magnussen (2017) en artikkelen med oppdaterte data samlet inn i 2016 blant medlemmer av Overlegeforeningen og Yngre legers forening i legeforeningen. De ønsket å kartlegge sykehuslegens syn på dagens styring og organisering av spesialhelsetjenesten. Deres funn tyder på at norske sykehusleger synes å være skeptiske til den nåværende modellen og at en god del av sykehuslegene heller foretrakk den tidligere fylkeskommunale forvaltningsmodellen. Respondenter med lederansvar hadde signifikant lavere sannsynlighet for å anse foretaksmodellen, fravær av stedlig ledelse, og samling av avdeling som problematisk, i motsetning til leger uten lederansvar. Deres undersøkelse tilsier at sykehusleger ønsker seg tilbake til en sektor med høyere grad av profesjonsstyring.

3.2 Helseledelse og jobbtilfredshet

Sammenhengen mellom ledelsesfilosofi og legers jobbtilfredshet er av særlig interesse i en sykehussetting, siden lederstrategier og –stiler er noe som kan endres innenfor organisasjonen,

i motsetning til mer eksterne forhold som institusjonelle aspekter, ressurser, pasientsammensetning og økonomi. Lederstrategier er noe som kan utvikles gjennom ulike metoder, som f.eks. workshops, leder-trening eller egenutviklingskurs (Donoghue & Castle, 2009).

Forsking på ledelse innen helse har økt kraftig de siste årene. Gilmartin og D'Aunno (2007) gjennomgikk forskning på området som tok for seg viktige spørsmål som: profesjonene i helsesektoren har betydelig innflytelse, hvilken relevans har lederskap i en slik profesjonsbasert organisasjon? Er det enighet mellom de ulike profesjonene (leger, sykepleiere, ledere) når det kommer til ønskelig kompetanse for ledere? Er det sammenheng mellom lederskap, jobbtilfredshet og turnover? Er noen lederstiler mer effektive, og i så fall, under hvilke omstendigheter? Gilmartin og D'Aunno (2007) anerkjenner skepsisen som omhandler hvor stor innflytelse ledelse egentlig har for variasjon i organisasjoners prestasjoner, og hevder videre at det kan være fordi forskere og ledere muligens forventer for stor påvirkningskraft mellom ledelse og hvor godt en organisasjon gjør det økonomisk. De argumenterer likevel for at lederskap kan utgjøre en signifikant forskjell på individ- og gruppenivå, ledere kan ta del i adferd som påvirker individ- og gruppeprestasjoner. Litteraturen de har gjennomgått støtter også dette synet på ledelse.

Tilfredshetsforskning er et tverrfaglig forskningsområde i vekst, som blant annet omfatter psykologer, sosiologer, filosofer og økonomer. Hellevik (2008) beskriver hvordan tilfredshet handler om en vurdering av ulike sider ved tilværelsen. Gjennom prosjektet *Norsk Monitor* finner han at arbeid er en av de viktigste faktorene for høy tilfredshet, sammen med familie, økonomi, venner, helse, personlig frihet og personlige verdier. I en arbeidssituasjon er autonomi, tillit mellom arbeidstaker og arbeidsgiver samt deltagelse i beslutningsprosesser blant de forhold som øker tilfredsheten. Jobben har en viktig plass i de fleste menneskers liv, enten for hva yrkesrollen betyr for selvbildet, den sosiale betydningen av forhold til kollegaer eller fordi man tilbringer mye tid på arbeidsplassen (Hellevik, 2008).

Ulike forskere har definert jobbtilfredshet forskjellig. Kort oppsummert handler jobbtilfredshet om holdningen ansatte har til jobben sin og organisasjonen de er ansatt i (Mosadeghrad & Ferdosi, 2013). Det dreier seg om hva som er avgjørende for at man ønsker å dra på jobb eller ikke, hva som gjør at man er fornøyd med jobben sin eller eventuelt vil slutte. (Mosadegh & Yarmohammadian, 2006). Jobbtilfredshet er avgjørende for å blant annet beholde og tiltrekke

seg høyt kvalifiserte medarbeidere. Dette blir spesielt viktig i medisinske institusjoner som sykehus der spesialisering av leger er stor, og bevaring av høyt trent personell er avgjørende (Mosadegh & Yarmohammadian, 2006). Debatten om legers jobbtilfredshet begynte på slutten av 1990-tallet og baserte seg på publikasjoner som hevdet at legers tilfredshet med livet som lege var synkende. Dette var i førsterekke et amerikansk fenomen (Kassirer, 1998). Ved gjennomgang av den internasjonale litteraturen viser det seg at de fleste publikasjoner om legers misnøye er i form av debattinnlegg og lederartikler. De få artiklene som bygger på egne data er mindre entydige i sine konklusjoner (Nylenna & Aasland, 2010). Empiriske funn fra 2000-tallet om sammenhengen mellom ledelse og helse finner at ledelse er en viktig determinant for jobbtilfredshet. Studier utført i flere land har vist at det er en positiv sammenheng mellom ledelse og jobbtilfredshet hos helsepersonell (Mosadegh & Yarmohammadian, 2006).

Menaker og Bahn (2008) gjennomførte en undersøkelse på Mayo Clinic lokalisert i USA om hvordan helselederens adferd påvirker legers tilfredshet. De fant at legers tilfredshet med ledelsen er nært knyttet til hyppigheten i bruken av transformerende lederegenskaper. Transformerende lederegenskaper innebærer blant annet idealiserte attributter, idealisert adferd, evnen til å være inspirerende og motiverende, intellektuell stimulering og individuell oppmerksomhet og oppfølging. Shanafelt et al. (2015) tok for seg påvirkningskraften ledere i store helseorganisasjoner har på legers tilfredshet og mulig utbrenthet. Deres multivariate analyse utført på grunnlag av en undersøkelse som også var gjennomført på Mayo Clinic, viste at økende score innen ledelse hadde sammenheng med en nedgang i forekomsten av utbrenthet og sammenheng med større sannsynlighet for tilfredshet. De konkluderte med at ledelsesegenskaper har en direkte effekt på legenes trivsel, samt at funnene har viktige implikasjoner for valg og opplæring av ledere innen helse.

Det forskes på ledelse og jobbtilfredshet også andre steder enn i Vesten. Loke (2001) ville undersøke om den positive sammenhengen mellom ledelsesstil og jobbtilfredshet som fantes i USA også var tilstede i Singapore. Økonomiske nedgangstider i Asia førte til lønnskutt og reduksjon i pensjon for ansatte. Kontinuerlig fokus på innovasjon har ført til mer konkurranse i helseindustrien. Han fant at det var en positiv signifikant sammenheng mellom bruk av ulike former for ledelse og jobbtilfredshet, produktivitet & organisasjons- tilhørighet og engasjement. Ledelsesformene var hentet fra Kouzes & Posner's (1988) modell om lederegenskaper og innebar; utfordre prosessen, inspirere til en felles visjon, legge til rette for samarbeid og støtte

ansattes initiativ, være en rollemodell og veiviser samt være oppmuntrende og anerkjenne den enkelte.

I Iran ville Mosadegh og Yarmohammadian (2006) studere forholdet mellom lederstil og ansattes jobbtilfredshet på 12 universitetssykehus. De fant en signifikant sammenheng mellom ledelsesadferd og ansattes jobbtilfredshet, særlig innen dimensjonen som er ansatt-relatert. De fant, som de forventet, at jobbtilfredshet var høyere hos ansatte i høyere stillinger. Dette hevder de kan ha tilknytning til at de har mer kontroll over arbeidsoppgavene, større beslutningskraft sammen med en sentral plass i hierarkiet av leger som fører med seg høyere lønninger og større anerkjennelse blant kollegaene. Deres studie viser også at de ansatte som arbeider tett med pasienter har lavere jobbtilfredshet, det samme gjelder for ansatte innen psykiatri, hemodialyse og pediatri. Et annet interessant funn er at misnøye har sammenheng med mangel på respekt og anerkjennelse fra ledelsen. De hevder at en støttende lederstil med bruk av åpen kommunikasjon, respekt og anerkjennelse kan være med å øke jobbtilfredsheten.

I Sverige utførte Forsberg, Axelsson og Arnetz (2004) en studie om den relative betydningen av ledelse og betalingssystemeffekter på omsorgskvaliteten og arbeidsmiljø. Deres intensjon var å finne ut om innføringen av sterke økonomiske incentiver innen helsesektoren gir så restriktive rammer at ledelsen har liten innflytelse og betydning. Deres resultater indikerte at selv om kontekstuelle faktorer hadde vesentlig betydning, finnes det rom for ledere til å utgjøre en betraktelig forskjell, både for opplevelsen rundt arbeidsprosesser og for arbeidsmiljøet og kvaliteten på omsorgen som blir utført. De konkluderer med at godt lederskap kan bidra til å skjerme helseorganisasjonen fra uønskede sideeffekter av økonomisk press.

I Norge publiserte Hofoss og Nord (1997) en studie som viste at det var færre leger enn andre som var svært tilfreds med arbeidet sitt. Finset et al. (2005) utførte en undersøkelse der de fulgte en gruppe norske medisinstudenter fra studiestart til fire år ut i arbeidslivet, og fant at gjennomsnittlig jobbtilfredshet var 5,2 på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). Nylenna og Aasland (2010) beskriver hvordan deres undersøkelser siden 1994 har vist en høy og stabil jobbtilfredshet blant norske leger. I 2008 ønsket de et oppdatert bilde og gjennomførte dermed en ny spørreundersøkelse. De studerte både legers jobbtilfredshet og generelle tilfredshet med tilværelsen. De ønsket å avdekke eventuelle systematiske forskjeller i tilfredsheten mellom ulike legegupper. Undersøkelsene viste at norske leger har en høy grad av jobbtilfredshet og tilfredshet med tilværelse, minst på linje med den norske befolkningen.

De fant at allmennleger hadde høyere jobbtilfredshet enn sykehusleger og at privatpraktiserende spesialister scoret høyest. Vurdert etter spesialistgrupper hadde samfunns- og allmenntilmedisinere høyest jobbtilfredshet, mens legene innen kirurgiske og indremedisinske fag hadde lavest jobbtilfredshet. Jobbtilfredsheten øker også med økende alder.

3.3 Kommunikasjon

En viktig faktor som ofte samvarierer med jobbtilfredshet er god kommunikasjonstilfredshet. Når ansatte opplever positive kommunikasjonsforhold opplever de også høyere jobbtilfredshet (Madlock, 2008). Intern kommunikasjon kan altså benyttes som et verktøy for å påvirke organisasjonskulturen. Åpen og ærlig kommunikasjon er med på å skape tillit og bygge et godt kommunikasjonsklima. Et godt kommunikasjonsklima er noe som er verdsatt av både ledere og ansatte (Olaisen, Rosendahl, Andersen & Solstad, 2007). Grunig (1992) beskriver hvordan god relasjon med interne grupper kan skape stor grad av jobbtilfredshet på organisatorisk nivå. Gjensidig dialog, åpenhet, tillit og troverdighet vil føre til mer motiverte ansatte. Det er viktig å understreke at et godt kommunikasjonsklima ikke bare handler om fred og harmoni, det er liksom viktig at det foreligger nok trygghet til å håndtere diskusjoner og konflikter som kan oppstå. Jensen (2002) poengterer at konflikter kan være vanskelig å håndtere, men at det ikke finnes noen vei uten om. Kvaliteten på den interne kommunikasjonen avhenger mye av den eksisterende ledelsesfilosofien, samt de individuelle ledernes evne til å kommunisere. En lederstil som baserer seg på åpenhet og menneskelig kontakt vil ha et godt grunnlag for å skape kommunikasjon. En stor andel ledere er rekruttert på bakgrunn av profesjonelle kriterier og kan dermed mangle nødvendig interesse for og kompetanse når det kommer til personlig kommunikasjon (Olaisen et al., 2007). I følge Korte og Wynne (1996) vil en forverring i den interne kommunikasjonen mellom ledere og ansatte føre til lav jobbtilfredshet og misnøye, og i verste fall føre til at ansatte forlater jobben sin.

3.4 Regelstyrt & stivbeint vs. autonomi & egenkontroll

I følge Karasek (1979) sin opprinnelige "krav-kontroll"-modell er nøkkelen til et godt arbeidsmiljø at det er en balanse mellom arbeidskrav (f.eks arbeidstempo og arbeidsmengde) og muligheten til egenkontroll (f.eks muligheten til å velge arbeidsmetode selv). Modellen impliserer at en jobb som innebærer høye krav og høy grad av egenkontroll vil øke de ansattes motivasjon til å utvikle nye atferdsmønstre og øke opplevelsen av trivsel. I senere tid har det blitt lagt til en tredje dimensjon til modellen; grad av sosial støtte (Karasek & Theorell, 1990).

Denne dimensjonen gjenspeiler funksjonene til de sosiale relasjonene på arbeidsplassen. Sosial støtte kombinert med høye krav og stor grad av egenkontroll kan bidra til å fremme jobbtilfredshet. Modellen indikerer at det er sammenhenger mellom kravene som stilles, egenkontroll over jobbsituasjonen og opplevelsen av jobbtilfredshet. Skogstad (2000) beskriver hvordan egenkontroll handler om å kunne ha muligheten til å benytte egne ferdigheter og kompetanse når man utfører arbeidet. Haukedal og Bjørvik (2005) hevder egenkontroll også dreier seg om friheten til å bestemme hvordan arbeidet utføres, samt muligheten man har til å ta beslutninger på egenhånd i de situasjonene det kreves. En slik autonomi har vist seg å være av betydning i relasjonen til trivsel på arbeidsplassen (Loher, Noe, Moeller, Fitzgerald & Guion, 1985).

3.5 Hypoteser

Ved å benytte ny data fra 2016 kan jeg tilføre et nytt bidrag til diskursen på området. Vil nyere data finne en signifikant sammenheng mellom ledelsesfilosofi og jobbtilfredshet blant norske sykehusleger? Litteraturen diskuterer også sammenhengen mellom ledelse og kommunikasjon, som ofte er inkludert i eller opptrer sammen med jobbtilfredshetsbegrepet. Finner man samme tendenser her? Den tidligere forskningen har i mindre grad undersøkt norske forhold, det er interessant å benytte de siste foreliggende dataene på området for å se omfanget i Norge. Basert på det teoretiske rammeverket, tidligere forskning og problemstillingen vil denne studien teste følgende hovedhypoteser:

H1: Det er sammenheng mellom helsefaglig ledelsesfilosofi og høyere jobbtilfredshet blant norske sykehusleger.

H2: Det er sammenheng mellom foretaksfaglig ledelsesfilosofi og lavere jobbtilfredshet blant norske sykehusleger.

Ettersom det også er inkludert to avhengige variabler til for å få en bredere forståelse av fenomenet jobbtilfredshet, er det inkludert hypoteser også for disse:

H3: Det er sammenheng mellom helsefaglig ledelsesfilosofi og høyere tilfredstillelse med graden av kommunikasjon.

H4: Det er sammenheng mellom foretaksfaglig ledelsesfilosofi og lavere tilfredstillelse med graden av kommunikasjon.

H5: Det er sammenheng mellom helsefaglig ledelsesfilosofi og inntrykket av at det sosiale klimaet ikke er regelstyrt og stivbeint.

H6: Det er sammenheng mellom foretaksfaglig ledelsesfilosofi og inntrykket av at det sosiale klimaet er regelstyrt og stivbeint.

4. Data og metode

4.1 Modellspesifikasjoner

4.1.1 Datasett

For å undersøke problemstillingen om ledelsesfilosofi har sammenheng med legers jobbtilfredshet vil denne oppgaven benytte data basert på en spørreundersøkelse med respondenter rekruttert via uttrekk fra Legeforeningens register over medlemmer fra Overlegeforeningen eller Yngre legers forening som var i et aktivt arbeidsforhold tilknyttet et helseforetak (Martinussen et al., 2017). Disse dataene har jeg fått tilgang til fra min veileder Pål Martinussen.

Datasettet er fra en spørreundersøkelse sendt ut i 2016, som ga anonyme data og ble gjennomført i samarbeid med Legeforeningen. Av bruttoutvalget på 2976 var det til slutt 971 som besvarte spørreskjemaet; dette ga en svarprosent på 32,7% prosent. Det at svarprosenten kun var på 32,7% kan oppfattes som faretruende lavt, det behøver likevel ikke være problematisk for analysen. Svarprosenten i surveyer har gått ned i hele den vestlige verden de siste tiårene, men det er fortsatt uklart om lavere responsrater nødvendigvis resulterer i skjeve utvalg og lavere representativitet. For å vurdere datakvalitet bør en derfor også ta i betraktning representativitet, og ikke bare utvalgsstørrelse (Groves, 2006; Singer, 2006). I følge Ringdal (2013) er det vanlig med et høyt frafall av respondenter som har sagt seg villig til å delta på undersøkelser fordi selvutfyllingsskjemaer ofte er svært tidkrevende, noe som ikke gjør det uvanlig å oppleve et frafall i respondenter på 50% eller mer. Leger er også en profesjon som til tider arbeider under press og med korte tidsfrister, mer “papirarbeid” har kanskje ikke vært ideelt for alle påmeldte på tidspunktet spørreskjemaet skulle besvares.

Spørsmålene hadde ferdig formulerte svaralternativer der respondentene besvarte spørsmål knyttet til temaene dagens organisering av sykehusene, organisasjonsforhold, samhandling med allmennlegetjenesten samt diverse bakgrunnsinformasjon. Spørsmålene var formulert på en måte som ikke kunne oppfattes som ledende, dette er med på å skape objektivitet. Oppgavens analyse vil ta for seg den delen av spørreskjemaet som omhandler organisasjonsforhold og herunder spørsmål knyttet til øverste ledelse ved avdelingen og helseforetaket samt temaer om og i tilknytning til jobbtilfredshet.

Spørreskjemaets representativitet ble undersøkt ved å sammenligne respondentene med andre medlemmer i Legeforeningens register. Respondentene i utvalget avviker lite når det gjelder karakteristika for medlemmer i registeret, men avviket var størst når det kom til helseforetakstilhørighet: Helse Sør-Øst generelt, og spesielt OUS HF, er underrepresentert i utvalget. Databehandling og analyse er gjennomført i statistikkprogrammet STATA. Det vil i denne oppgaven bli kjørt seks analyser basert på ledelse på de to ulike nivåene, avdelings- og helseforetaksnivå. De avhengige variablene vil være de samme i begge analysene, mens de hoveduavhengige variablene vil variere ettersom det var ulike svaralternativer på de to nivåene, kontrollvariablene basert på bakgrunnsopplysningene vil derimot forbli de samme.

4.1.2 Variabler

I denne delen vil analysens variabler bli beskrevet, samt kun en meget kortfattet forklaring på hvorfor de er valgt inkludert ettersom dette hovedsakelig allerede er belyst i teori & tidligere forskning. Både variablenes spørsmålsformuleringer og eventuelle omkodinger vil bli beskrevet. For ytterligere beskrivelse av variablene foreligger deskriptiv statistikk i appendiks. Denne oppgaven vil benytte skalavariabler fremfor en enkel variabel på både en avhengig og de sentrale uavhengige variablene. I mange tilfeller kan dette være mer robust når man ønsker å se på et fenomen på et mer generelt nivå. Ettersom variablene jeg skal benytte kan tenkes å måle det samme kan det være hensiktsmessig å lage en skalavariabel av dem. For å konstruere en skalavariabel er det viktig å undersøke metodisk om de faktisk “passer sammen”, dette kan gjennomføres på tre forskjellige måter: korrelasjonsanalyse, faktoranalyse og reliabilitetstest (Tjønndal, 2018).

4.1.3 Avhengige variabler

Analysens første og viktigste avhengige variabel kalt “Jobbtilfredshet” er en variabel som er ment å måle nettopp jobbtilfredshet. Dette er en skalavariabel sammensatt av tre variabler. Det er viktig å vurdere om spørsmålene som ligger til grunn for variablene faktisk måler det teoretiske begrepet man ønsker å måle, dette kalles begrepsvaliditet (Ringdal & Wiborg, 2017). Dermed er det viktig å benytte tidligere forskning for å operasjonalisere hva det teoretiske begrepet inneholder. Etter litteraturgjennomgangen viser det seg at autonomi, anerkjennelse, inspirerende arbeidsmiljø samt holdningen man har til organisasjonen man jobber i er avgjørende. Dermed ble spørsmål basert på disse faktorene valgt. En del av spørreskjemaet tok for seg det sosiale klimaet på arbeidsenheten; de formulerte påstandene baserer seg på en

internasjonal anerkjent skala om organisasjonsklima (QPSNordic). Spørsmålsformuleringen lød som følger: “Hvordan er det sosiale klimaet i din arbeidsenhet?” En av påstandene som skulle besvares var: “oppmuntrende og bemyndigende”, her kunne respondentene svare fra 1 til 5, “svært lite/ikke i det hele tatt – svært meget”.

Tabell 1. Deskriptiv statistikk

Hvordan er det sosiale klimaet i din arbeidsenhet? “Oppmuntrende og bemyndigende”		
	N	Prosent
Svært lite/ikke i det hele tatt	70	7,36
Nokså lite	151	15,88
Noe	278	29,23
Nokså meget	356	37,43
Svært meget	96	10,09
Total	951	100

Videre tok spørreskjemaet for seg engasjement i arbeidsenheten. De to andre variablene i skalaen er basert på to påstander under spørsmålsformuleringen: “Hvordan er engasjementet i din arbeidsenhet?” Påstandene lød som følger: “jeg sier til mine venner at dette er en god organisasjon å jobbe i” og “denne organisasjonen inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste”. Her kunne respondentene også svare fra 1-5, “helt uenig” – “helt enig”.

Tabell 2. Deskriptiv statistikk

Hvordan er engasjementet i din arbeidsenhet? “Jeg sier til mine venner at dette er en god organisasjon å jobbe i”		
	N	Prosent
Helt uenig	111	11,67
Delvis uenig	185	19,45
Verken enig eller uenig	164	17,25
Delvis enig	299	31,44
Helt enig	192	20,19
Total	951	100

Tabell 3. Deskriptiv statistikk

Hvordan er engasjementet i din arbeidsenhet? “Denne organisasjonen inspirerer meg virkelig til å yte mitt beste”		
	N	Prosent
Helt uenig	165	17,37
Delvis uenig	253	26,63
Verken enig eller uenig	207	21,79
Delvis enig	241	25,37
Helt enig	84	8,84
Total	950	100

Man må også vurdere kriterievaliditet (Ringdal & Wiborg, 2017). For å undersøke om det var mulig å slå sammen de tre variablene til en skala ble det gjennomført en korrelasjonstest og en reliabilitetstest. Man ønsker at korrelasjonen skal være på minst 0,3 før man slår dem sammen til en skalavariabel (Tjønndal, 2018). Korrelasjonsanalysen viste en positiv korrelasjon mellom de tre variablene på henholdsvis 0,7 og 0,6, noe som er en god indikasjon på at variablene passer sammen i en skalavariabel. Reliabilitetstesten viste Cronbachs alpha på 0,8 – noe som er bra ettersom man ønsker et resultat på over 0,7 eller 0,6 før man konstruerer en skala (Tjønndal, 2018). Dermed konstruerte jeg skalaen basert på begrepsvaliditet, kriterievaliditet samt min egen forståelse av jobbtilfredshet. Variablen fikk navnet “Jobbtilfredshet”, skalaen ble konstruert ved å benytte kommandoen egen + rowmean i STATA, dette lager en ny skalavariabel med alle respondenter som har besvart minst én av de tre variablene (spørsmålene).

Jobbtilfredshet er nært tilknyttet flere forhold, dermed vil det benyttes to avhengige variabler til; “Kommunikasjon” og “Stivbeint og regelstyrt sosialt klima”. Variablen som omhandler kommunikasjon er operasjonalisert gjennom spørsmålet “er det god nok kommunikasjon i din avdeling?” Under temaet innovasjonsklima på arbeidsenheten. Her kunne respondentene svare fra 1-5, “meget sjelden eller aldri” – “meget ofte eller alltid”. Denne er inkludert som en avhengig variabel fordi kommunikasjon ser ut til å være en avgjørende faktor innen jobbtilfredshet, men er i denne studien valgt å plasseres utenfor den konstruerte skalaen.

Tabell 4. Deskriptiv statistikk

Innovasjonsklima på arbeidsenheten: “Er det god nok kommunikasjon i din avdeling?”		
	N	Prosent
Meget sjelden eller aldri	69	7,31
Nokså sjeldent	174	18,43
Av og til	269	28,50
Nokså ofte	341	36,12
Meget ofte eller alltid	91	9,64
Total	944	100

Den siste avhengige variabelen kommer fra temaet om det sosiale klimaet på arbeidsenheten og er operasjonalisert gjennom påstanden “stivbeint og regelstyrt” der respondentene kunne svare fra 1-5, “svært lite/ ikke i det hele tatt” – “svært meget”. Denne variabelen er tenkt som en slags proxy for lav tilfredshet med arbeidstilværelsen, ettersom det kan sees på som det motsatte av autonomi og egenkontroll.

Tabell 5. Deskriptiv statistikk

Det sosiale klimaet på arbeidsenheten: “Stivbeint og regelstyrt”		
	N	Prosent
Svært lite/ ikke i det hele tatt	99	10,44
Nokså lite	354	37,34
Noe	258	27,22
Nokså meget	176	18,57
Svært meget	61	6,43
Total	948	100

Det ble også sjekket om variablene var tilnærmet normalfordelt gjennom å se på den grafiske fremstillingen i STATA, noe de tilnærmet var - med litt tendenser til skjevhet den ene eller andre veien. Det ble forsøkt å logtransformere variablene for å se om dette kunne forbedre dem, uten at dette ga noen betydelig forbedring, se appendiks for illustrasjoner.

4.1.4 Sentrale uavhengige variabler

De sentrale uavhengige variablene i alle analysene er ledelsesvariablene. Disse er basert på teoriens operasjonalisering der ledelse deles inn i helsefaglig ledelsesfilosofi og foretaksfaglig ledelsesfilosofi samt faktoranalyser av ledelsesvariablene på avdeling- og helseforetaksnivå for å teste hvorvidt variablene på hvert nivå passer sammen i skalavariabler. Den første faktoranalysen ble gjennomført på variablene om ledelse på avdelingsnivå der spørsmålsformuleringen var: “Hvordan mener du den øverste ledelsen ved avdelingen vektlegger de følgende oppgavene?” Respondentene skulle rangere ulike påstander mellom 1-5, der 1 vektlegger ikke og 5 vektlegger svært høyt. Faktoranalysen viste at variablene ladet på to ulike faktorer, og ser ut til å måle to ulike ting; helsefaglig ledelsesfilosofi der fokus er fag og profesjon, og foretaksfaglig ledelsesfilosofi der fokus er økonomi og administrasjon. Dermed ble det konstruert to ulike skalavariabler for ledelse, innenfor variabelen “Helsefaglig ledelses”, finner man variablene “sikre faglig standard og kvalitet på behandlingsaktiviteten”, “stimulere til faglig samarbeid mellom ulike avdelinger”, “ta initiativ til nye faglige

muligheter”, “motivere medarbeidere og skape oppslutning”, “utvikle og ta i bruk nye rutiner og arbeidsmåter”, “koordinere ulike typer aktiviteter innad i avdelingen” og “løse mellommenneskelige problemer”. Den andre variabelen “Foretaksfaglig ledelse” består av variablene “økonomistyring, regnskap og budsjett” og “sørge for at regler og rutiner følges”.

Tabell 6. Faktoranalyse av ledelse på avdelingsnivå

	1	2	Total
Faktor 1: helsefaglig ledelse			
Sikre faglig standard og kvaliteten på behandlingsaktiviteten	0,836		
Stimulere til faglig samarbeid mellom ulike avdelinger	0,814		
Motivere medarbeidere og skape oppslutning	0,865		
Utvikle og ta i bruk nye rutiner og arbeidsmåter	0,768		
Koordinere ulike typer arbeid innad i avdelingen	0,743		
Løse mellommenneskelige problemer og motsetninger	0,802		
Ta initiativ til nye faglige muligheter	0,853		
Faktor 2: foretaksfaglig ledelse			
Økonomistyring, regnskap og budsjett		0,735	
Sørge for at regler og rutiner følges		0,754	
% av variansen	49,87	11,54	61,41
Chronbach Alpha			0,871

Faktoranalysen gjennomført på helseforetaksnivå ladet også på to faktorer. Spørsmålsformuleringen var her: “Hvordan mener du den øverste ledelsen ved det regionale helseforetaket vektlegger de følgende oppgavene?” Respondentene skulle her rangere de ulike oppgavene fra 1-5, der 1 tilsvarer vektlegger ikke til 5 som tilsvarer vektlegger svært høyt. Det ble konstruert to skalavariabler, den første som gjenspeiler helsefaglig ledelsesfilosofi på helseforetaksnivå har fått navnet “Helsefaglig ledelse” og inneholder variablene “faget”, “medarbeidere” og “kvaliteten”. Den andre har fått navnet “Foretaksfaglig ledelse” og er operasjonalisert gjennom variablene “økonomien”, “juridiske bestemmelser” og “politiske føringer”.

Tabell 7. Faktoranalyse av øverste ledelse ved helseforetaket

	1	2	Total
Faktor 1: helsefaglig ledelse			
Faget	0,924		
Medarbeidere	0,863		
Kvaliteten	0,913		
Faktor 2: foretaksfaglig ledelse			
Økonomien		0,686	
Juridiske bestemmelser		0,747	
Politiske føringer		0,737	
% av variansen	41,84	26,51	68,35
Chronbach Alpha			0,627

4.1.5 Kontrollvariabler

Til slutt er det inkludert kontrollvariabler for å se om legenes bakgrunn kan ha påvirkningskraft på deres jobb og kommunikasjons-tilfredshet. For å unngå problemene med det som kalles “garbage can-models” har jeg valgt ut kontrollvariabler som virker mest hensiktsmessige for denne undersøkelsen, for å hindre at tolkningen av modellene blir for kompleks og forvirrende (Achen, 2005). Kontrollvariablene er valgt på bakgrunn av tidligere forskning og lignede studier, samt hva man kan tenke seg har betydning. Tidligere studier har blant annet kontrollert for kjønn, alder, akademisk rang, stilling, og lengde ansatt på sykehuset, fagbakgrunn (Forsberg et al., 2004; Long & Thean, 2011; Nylenna & Aasland, 2010; Voltmer et al., 2012).

Det første som vil bli kontrollert for er legenes syn på foretaksmodellen. Variablen utgår fra spørsmålet: “hvilke organisatoriske forhold/løsninger har du inntrykk av at er problematisk i dagens sykehusorganisering?” En av de organisatoriske forholdene/løsningene var foretaksmodellen. Respondentene skulle gradere svaret fra 1 “uproblematisk” til 5 “svært problematisk”. Variablen heter i analysen “Foretaksmodellen”. Den er inkludert fordi den representerer deler av sykehusreformen fra 2002 og kan gi innsikt om synet på denne, og selve foretaksorganiseringen kan ha sammenheng med jobbtildfredshet.

Kontrollvariabelen lederansvar er viktig ettersom autonomi og innflytelse over arbeidssituasjonen kan være av betydning. Variabelen stammer fra spørsmålet “hva er din nåværende stilling?” Her er klinikkleder/sjef, avdelingsleder/sjef eller seksjonslege kodet 1 og resten kodet 0. Variabelen er kalt “Lederansvar”.

Videre kontrolleres det for om man har spesialistgodkjenning eller ikke. Dette er en dummyvariabel der svaralternativet “ja” har fått verdien 1, mens “nei” har fått verdien 0. Denne variabelen heter “Spesialistgodkjenning”. Grunnen til at det kontrolleres for dette er fordi spesialister ofte utfører pasientrelatert arbeid som til tider kanskje kan føles ensformig ettersom man er spesialist på et felt.

Det kontrolleres for alder og kjønn for å se om dette har innvirkning. To svært vanlige bakgrunnsvariabler i denne typen studier. Aldersvariabelen er i utgangspunktet kodet i tiår og har verdiene fra 1-5 (1=under 30, 2=30-39, 3=40-49, 4=50-59 og 5= over 60). Variabelen er blitt omkodet til en dummyvariabel der alder under 40 år er kodet 1, og alder over 40 år er kodet 0. Variabelen er blitt tildelt navnet “Alder”. Kjønnsvariabelen er kodet om til en dummyvariabel der menn har fått verdien 1 og kvinner har fått verdien 0, slik at man kan sammenligne de mannlige legenes jobbtilfredshet i forhold til de kvinnelige. Variabelen har fått navnet “Kjønn”.

Det kontrolleres til slutt for faglig bakgrunn. Denne variabelen er operasjonalisert gjennom spørsmålet “Innenfor hvilket fag arbeider du hovedsakelig per dags dato?” Variabelen fungerer som et dummysett der respondenter som arbeider innenfor psykiatriske fag er referansekategori til indremedisinske fag, laboratoriefag kirurgiske fag og annet, variabelen er kalt “Fag”. Denne variabelen kan gi innsikt i om arbeid innenfor ulike fagdisipliner er av betydning. Grunnen til at psykiatriske fag er valgt som referansekategori er fordi den kan tenkes å skille seg mest ut fra de andre ettersom de behandler psykisk og ikke fysisk sykdom.

4.2 Estimeringsteknikk

Oppgaven vil benytte multipl regressjonsanalyse for å estimere sammenhengen mellom ledelsesfilosofi og legers jobbtilfredshet. De avhengige variablene innfrir kravet om å være kontinuerlig ettersom den har 5 verdier, dermed kommer denne oppgaven til å bruke OLS regressjonsanalyse. Tjønndal (2018) trekker frem to grunner til å utføre multipl regressjonsanalyse; mange samfunnsvitenskapelige fenomener varierer på bakgrunn av flere

andre, uavhengige variabler, samt at en multippel regresjonsanalyse gir innsikt i hvor stor forklaringskraft de ulike uavhengige variablene har på den avhengige variabelen.

Det ble testet for muligheten å benytte flernivåanalyse ettersom det i datasettet er to mulige nivåer. Ved å benytte flernivåanalyse kunne jeg eventuelt funnet ut om det finnes egenskaper ved sykehusene som kan spille inn på legers jobbtilfredshet; det kan hende at sykehusenes størrelse eller hvordan de er drevet kan ha innvirkning. I en vanlig OLS-regresjon vil man få vite den avhengige variabelen sin samlede variasjon, mens man med flernivåanalyse vil få en todelt samlet variasjon på den avhengige variabelen. Den første delen av variasjonen er lokalisert på individnivå, mens den andre variasjonen er den som finnes mellom gruppene, noe som gir mulighet til å se hvor stor del av variansen som skyldes individuelle faktorer og hvor stor del som skyldes forskjeller i egenskaper på HF-nivå. Når man skal utføre en flernivåanalyse er den vanligste fremgangsmåten en nedenifra og opp tilnærming der man bygger opp modellene i analysen. Dermed er det vanlig å utvikle modellen stegvis, der det første steget innebærer å utvikle den enkleste modellen som blir kalt nullmodellen. Dette er en intercept only modell der man ikke har med uavhengige variabler, kun den avhengige variabelen som ligger på individ og gruppenivå. Når man kjenner variabelens varians kan man finne variabelens variansdelingskoeffisient (VPC), som vil vise hvor stor del av den totale variansen i den avhengige variabelen som befinner seg på nivå 2, i dette tilfellet helseforetaks-nivået. For å finne variablenes VPC tar man variansen som ligger på nivå 2 og dividerer den på variablenes totale varians, som illustrert under. Svaret man får ganger man med 100 for å se hvor stor prosent av variabelens totale varians som skyldes forskjeller på nivå 2 (Hox, 2010).

$$VPC = \frac{Var(u_0)}{Var(e) + Var(u_0)}$$

Varianskoeffisienten vil vise om det er hensiktsmessig å utføre en flernivåanalyse eller om det er tilstrekkelig å kjøre en vanlig OLS-regresjon. Det er noe uenighet blant forskere om hvor grensen bør ligge, men en tommelfingerregel er at om VPC-en er under 5% er det tilstrekkelig med en OLS-regresjonsanalyse fordi variansen i størst grad skyldes faktorer på individnivå (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017). Nullmodellen i denne analysen viser ikke statistiske grunner til å fortsette med flernivåanalyse, VPC-testene for mine avhengige variabler på godt under 5%. Noe som tilsier at variansen på HF-nivået er relativt lav. Det at variansen på HF-nivå er lav kan sees på som positivt i en samfunnsmessig sammenheng. Hadde det vært høy varians ville det

vært store forskjeller mellom de ulike sykehusene når det kommer til legers jobbtilfredshet, noe som ikke er ønskelig i Norge, der det er et politisk mål at sykehusene skal ha tilgang på de samme ressursene, slik at alle innbyggere har lik tilgang på like gode tjenester. Hadde det vært store forskjeller mellom sykehus når det kommer til jobbtilfredshet ville det nok betydd at noen sykehus ville favoriseres som arbeidsplass fremfor andre. Noe som kunne påvirket ulikhet i kvaliteten på tjenestetilbudet da de flinkeste legene muligens ville valgt sykehusene med best renommé.

4.3 Validitet & reliabilitet

Det er meget viktig å ha høy validitet og reliabilitet for at analysen skal være god.

“Reliabilitet, eller pålitelighet, går på om gjentatte malinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Validitet, eller gyldighet, går på om en faktisk måler det en vil måle”

(Ringdal, 2013, s. 96).

Reliabilitet vil i denne oppgaven hovedsakelig dreie seg om datasettets kvalitet. Datasettet som benyttes i denne oppgaven er samlet inn og behandlet av Martinussen et al. (2017). Dette er dyktige forskere tilknyttet renommerte utdanningsinstitusjoner som har god erfaring med arbeid som innebærer innhenting og behandling av data. Dermed anser jeg datasettet som reliabelt.

Validitet går først og fremst på de variablene man velger å benytte, og om de er gode mål på det man ønsker å analysere. En kjent trussel mot validiteten er om respondentene misoppfatter spørsmålene (Ringdal, 2013). Det er i denne oppgaven benyttet holdningsvariabler, hvordan respondentene forstår spørsmålene, og om de faktisk har tatt stilling til dem eller gir et tilfeldig svar kan påvirke analysens validitet. Det er lite sannsynlig at dette er tilfellet her, spørreskjemaet var konstruert på en måte som førte til oversiktlig og gode avklaringer på mulige forvirringsmomenter. Dessuten er spørsmålene knyttet tett opp mot legenes jobbsituasjon, noe de fleste har god kjennskap og tilhørighet til. Jeg vil derfor vurdere svarene som utgjør variablene valide. Det er uansett viktig å ta høyde for at respondentene kan ha forstått spørsmål og svaralternativer ulikt, noe som kan gi analysen målefeil. Når det kommer til de andre variablene i analysen kan det være tilfeldige målefeil i tilknytning til f.eks variabelen som tar for seg hvor mange år man har vært ansatt i helsevesenet. Her kan det hende noen er litt usikre på eksakt antall år og oppgir noe de tror stemmer ganske bra. En annen

mulig trussel mot validiteten oppstår hvis respondentene unnlater å svare etter egen oppfatning, men heller oppgir det svaret de tror er sosialt akseptert eller det forskeren ønsker. Man kunne tenke seg at legene ville være forsiktig med å kritisere lederstil eller forhold ved avdelingen/sykehuset i frykt for sitt renommé, for å gå glipp av arbeidsrelaterte muligheter eller av bekymring for å miste jobben. Det er lite trolig at det har skjedd her, spørreskjemaet var anonymt og heller ikke distribuert gjennom helseforetakene, men rekruttert via Legeforeningens register over medlemmer fra Overlegeforeningen eller Yngre legers forening.

4.4 Forutsetninger for lineær regresjon

I regresjonsanalyser er det visse forutsetninger som må innfris for at modellen er egnet slik at man kan generalisere fra modellen. Brudd på forutsetningen kan føre til misvisende resultater. De tre viktigste forutsetningene for lineær regresjon er; at regresjonskurven er en rett linje, et restledd som er homoskedastisk, normalfordelt og uten autokorrelasjon, samt at det ikke er en spuriøs sammenheng mellom uavhengige og avhengig variabel. Etersom testene som kjøres for å teste forutsetningene er meget strenge så kan man i de fleste tilfeller si seg rimelig godt fornøyd når de fleste forutsetningene er innfridd (Skog, 2004).

4.4.1 Linearitetsforutsetningen

For å teste om modellene innfrir linearitetsforutsetningen er det gjennomført “linktest” i STATA. Denne beregnes ved at H_0 sier at lineariteten er tilstrekkelig, mens H_1 sier at den ikke er det. Dersom modellen er riktig spesifisert vil derfor de predikerte verdiene i annen (`_hatsq`) ikke bli signifikant. Denne testen kan også benyttes for å sjekke om modellen mangler noen viktige variabler. Det er ikke ønskelig at begge verdier skal bli signifikant, dette kan bety at det er antydning til kurveinearitet, som vil si at modellen passer veldig bra på noen verdier, men dårligere på andre (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 135). Linktesten på modellene ble ikke signifikant på `_hatsq`, med unntak av modell 3 i tabell 9 “stivbeint og regelstyrt sosialt klima”, her ble resultatet akkurat signifikant, men begge verdier ble ikke signifikant – så det er i hvert fall ikke fare for kurveinearitet, dermed har jeg valgt å akseptere resultatet og beholde modellen. Videre ble det gjennomført ovtest på modellene (Ramsey’s regression specification error test), en alternativ test for linearitetsforutsetningen der man ønsker et ikke signifikant resultat. Denne vil også vise om man kan forkaste H_0 og om man har utelatt viktige variabler. Testen ble ikke

signifikant i mine modeller, med samme unntak som med linktest – modell 3 i tabell 9 fikk også litt problemer med å innfri her. Begge testene ble altså stort sett godkjent, med unntak av modell 3 i tabell 9, noe som er et godt tegn ettersom disse testene er meget strenge (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 136). Jeg anser dermed modellene som troverdige, men har i minnet at modell 3 tabell 9 hadde visse problemer med å innfri linearitetsforutsetningen, noe som må tas i betraktning når resultatene skal tolkes.

4.4.2 Restledd – homoskedastisk, normalfordelt og ingen autokorrelasjon

Restleddet omhandler alt utenom X som er tilknyttet Y . Forutsetningene for restleddvariasjonene tar altså for seg de uforklarte variasjonene i den avhengige variabelen. Restleddet skal være homoskedastisk – variasjonene rundt regresjonslinjen skal være like overalt. Det motsatte av homoskedastisk er hetroskedastisk, er restleddet hetroskedastisk vil standardfeilen bli feilaktige og nøyaktigheten til parameterestimaterne vil derfor være med usikker (Skog, 2004, s. 246-247). For å teste om det er problemer med hetroskedastisitet i modellen kan man gjennomføre Breusch-Pagan-testen, denne har kommandoen “hettest” i STATA og tester da hvor sannsynlig det er at H_0 er riktig. Dersom resultatet av testen blir signifikant er det problemer med hetroskedastisitet. Testen på modellene i begge tabeller ga et signifikant resultat. Dette er ikke så bra, men det er heller ikke en av de viktigste forutsetningene ettersom den ikke påvirker justert R^2 (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 150). Det ble likevel forsøkt å logtransformere de avhengige variablene for å se om dette ha noen effekt, men dette ga ikke en forbedring, dermed ble de stående som de var opprinnelig. Dette kan ha sammenheng med at logtransformeringen ble gjort på variabler med få verdier (kun 5).

Det som kanskje anses som den minst viktige forutsetningen knyttet til restleddet er normalfordelingen, men skjevfordelte residualer kan reflektere ekstremverdier som både kan ha påvirkning, og være avgjørende for resultatene. Man ønsker dermed normalfordelte residualer fordi det gjør at sannsynligheten for å underestimere eller overestimere en verdi er omtrent den samme. Gjennom å lage en ny variabel for restleddet ble restleddes normalfordelingen til hver av modellene undersøkt grafisk i form av histogram, og subjektivt ser normalfordelingen ut til å være tilfredsstillende. Til slutt må også autokorrelasjon nevnes; som vil si at det er et systematisk mønster i residualene i en serie av observasjoner. Ettersom vi har et enkelt sannsynlighetsutvalg vil denne forutsetningen være oppfylt (Skog, 2004, s. 250).

4.4.3 Forhindre spuriøs sammenheng mellom X og Y

Den siste forutsetningen handler om at man ikke ønsker en spuriøs sammenheng, altså en bakenforliggende variabel. Dette kan sies å være substansielt den viktigste forutsetningen, men også den som er vanskeligst å finne empirisk belegg for. En ikke-spuriøs sammenheng mellom uavhengig og avhengig variabel vil si at restleddene i modellen er ukorrelert med de uavhengige variablene. Problemet oppstår kun når det finnes en bakenforliggende årsaksfaktor som faktisk er korrelert med X. Problemet er altså ikke at man mangler en eller flere årsaksfaktorer i modellen, for dette vil alltid være tilfellet. Problemet er derimot at vi mangler en eller flere årsaksfaktorer som dessuten samvarierer positivt eller negativt med X. For å løse problemet med spuriøsitet kan man legge til variabler som mangler for å forklare Y. For å unngå problemer med utelatte-variabel-skjevheter kan man velge uavhengige variabler basert på teori og tidligere forskning, noe som er forsøkt gjort i denne analysen (Skog, 2004, s. 253).

4.4.4 Multikollinearitet

Det er også en viktig forutsetning i regresjonsanalyse at det er fravær av multikollinearitet. Hvis ikke kan dette være en mulig trussel mot oppgavens gyldighet. Multikollinearitet finner sted når det er sterk korrelasjon mellom x-variablene, noe som gjør det overflødig å benytte begge. Har man sterk korrelasjon mellom to eller flere x-variabler, vil det være vanskelig å skille variablenes effekter fra hverandre, noe som fører til at det blir problematisk å tolke resultatene korrekt (Ringdal, 2013). For å undersøke om det er utfordringer med multikollinearitet i modellene kan man i STATA beregne Variance Inflation Factor (VIF), et mål på multikollinearitet. Om VIF-verdiene er under 10 er det ikke problemer med multikollinearitet, man kan også se på gjennomsnittlig VIF. Det er kun perfekt multikollinearitet som er et problem. Det var ingen fare for multikollinearitetsproblemer i oppgavens modeller, alle variablene hadde en VIF på under 10 og gjennomsnittlig VIF var på 1.45 og 1.47 i de to tabellene. Se appendiks for fullstendig oversikt.

4.4.5 Utelatte variabler

I tillegg til variablene som allerede er nevnt ble det forsøkt å benytte en kontinuerlig aldersvariabel slik at man kunne kontrollere for andregradsledd, det viste seg at den kvadrerte aldersvariablen ikke ble signifikant i modellene, som betyr at det ikke var tilstede et kurvelineært forhold mellom alder og de avhengige variablene. Det ble også testet for ulike

mulige samspillseffekter uten at noen av disse viste seg å være signifikante. Dermed ble både andregradsledd og samspill utelatt fra modellene, da de ikke ville forbedret modellenes forklaringskraft. Det ble også forsøkt å inkludere variablene innsatsstyrt finansiering (DRG) og samling av avdelinger i divisjoner/klinikker fordi de operasjonaliserte NPM-inspirerte virkemidler. Disse så ikke ut til å ha sammenheng med kommunikasjon- og jobbtilfredshet og ble dermed utelatt fra de endelige modellene. Det ble prøvd å legge til en variabel som omhandlet hvor lenge man hadde vært ansatt på sykehuset, men denne ble tatt bort da den ikke så ut til å forbedre modellen ytterligere og følte noe overflødig ettersom kontrollvariabelen alder var med.

5. Resultater

I denne delen av oppgaven vil analysene bli presentert. Det vil bli presentert to tabeller som hver inneholder tre modeller ettersom det blir benyttet tre ulike avhengige variabler; skalaen om jobbtilfredshet, graden av kommunikasjon og i hvilken grad det sosiale klimaet på arbeidsenheten oppfattes som stivbeint og regelstyrt. De uavhengige variablene, foruten ledelsesvariablene, vil forbli de samme i alle modeller.

Målet med analysene er hovedsakelig å undersøke hvordan ulik type ledelsesfilosofi kan påvirke legers jobbtilfredshet. Videre er også to variabler nært tilknytning til jobbtilfredshet inkludert for å gi et bredere bilde av fenomenet. Gjennom faktoranalyser er de to ledelsesvariablene avklart; en med fokus på fag og en med fokus på økonomi og administrasjon. Det er også kontrollert for en rekke variabler som kan være med å forklare om det finnes forskjeller i jobbtilfredshet; syn på foretaksmodellen, om man har lederansvar eller spesialgodkjenning, hvilken fagdisiplin man tilhører samt alder og kjønn.

Fagdisiplinsvariablene vil i analysen være presentert i form av et dummysett der psykiatriske fag fungerer som referansekategori. Dette betyr at de andre fagdisiplinene sammenlignes opp mot legene som jobber innen psykiatriske fag. Tabell 8 er presentert på neste side.

Tabell 8. Sammenheng mellom ledelsesfilosofi på avdelingsnivå og en skala om jobbtilfredshet samt kommunikasjon og stivbeint & regelstyrt sosialt klima

Avhengige variabler	(1) Jobbtilfredshet	(2) Kommunikasjon	(3) Stivbeint & regelstyrt sosialt klima
Helsefaglig ledelse	0,784*** (0,033)	0,700*** (0,037)	-0,508*** (0,040)
Foretaksfaglig ledelse	0,042 (0,040)	0,034 (0,045)	0,327*** (0,048)
Foretaksmodellen	-0,133*** (0,025)	-0,046* (0,028)	0,051* (0,030)
Lederansvar (ja=1, nei=0)	0,194*** (0,064)	0,139* (0,073)	-0,040 (0,078)
Spesialistgodkjenning (ja=1, nei=0)	-0,193** (0,092)	-0,162 (0,104)	0,034 (0,112)
Alder (<40=1, >40=0)	-0,026 (0,086)	-0,051 (0,098)	-0,001 (0,106)
Kjønn (mann=1, kvinne=0)	-0,018 (0,055)	0,101 (0,063)	-0,001 (0,067)
Fagdisiplin (psykiatriske fag som ref. kategori)			
Allmenntidisin	-0,359 (0,787)	-0,761 (0,892)	-1,182 (0,960)
Indremedisinske fag	-0,207** (0,082)	-0,178* (0,094)	0,154 (0,101)
Kirurgiske fag	-0,206** (0,081)	-0,130 (0,093)	0,097 (0,099)
Laboratoriefag	-0,268** (0,109)	-0,233* (0,125)	0,412*** (0,134)
Annet	0,087 (0,169)	-0,127 (0,192)	0,149 (0,206)
Konstant	1,470*** (0,236)	1,441*** (0,267)	2,592*** (0,288)
Observasjoner	902	894	898
R ² justert	0,474	0,339	0,202

Standardfeil i parentes

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

5.1 Resultater tabell 8

Det første som kan bemerkes er justert R^2 som er tilnærmet lik R^2 og sier noe om hvor stor andel av variasjonen i den avhengige variabelen som faktisk “forklares” av de uavhengige variablene. Grunnen til at justert R^2 oppgis i stedet for R^2 er fordi R^2 kan ha tendenser til å gi litt for høye verdier (Skog, 2004, s. 225). Modellene har en justert R^2 på henholdsvis 0,474, 0,339 og 0,202 noe som vil si at modellene forklarer 47,4%, 33,9% og 20,2% av variansen i de avhengige variablene.

Modell 1 viser at den sentrale uavhengige variabelen helsefaglig ledelsesfilosofi har en positiv signifikant sammenheng med jobbtilfredshet, og er høyst signifikant på 1%-nivå. Dette vil si at legene som mener at den øverste ledelsen på avdelingen vektlegger oppgaver relatert til helsefag har høyere jobbtilfredshet. Videre ser man i modell 1 at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom foretaksfaglig ledelsesfilosofi og jobbtilfredshet. Det finnes derimot en negativ signifikant sammenheng mellom synet på foretaksmodellen og jobbtilfredshet, dette funnet er signifikant på 1%-nivå. Denne variabelen er inkludert fordi den fungerer som en operasjonalisering av helseforetaksorganiseringen, og analysen viser at jo mer problematisk man synes den er jo lavere jobbtilfredshet har man også. Lederansvar viser seg også å ha en positiv signifikant sammenheng med jobbtilfredshet, også denne på 1%-nivå. Altså har leger med lederansvar høyere jobbtilfredshet enn legene uten. Spesialistgodkjenning viser seg derimot å ha en negativ signifikant sammenheng med jobbtilfredshet, denne på 5%-nivå. Dette betyr at leger med spesialistgodkjenning opplever lavere jobbtilfredshet. Alder og kjønn er ikke signifikante i modell 1 og kan dermed ikke tolkes ettersom de ikke har noen forklaringskraft på den avhengige variabelen.

Dummysettet som omhandler fagdisiplin har etter gjennomført f-test en samlet signifikant effekt på 5%-nivå i modell 1, altså er det en signifikant sammenheng mellom fagdisiplin og jobbtilfredshet. Sett enkeltvis er det indremedisinske-, kirurgiske- og laboratoriefag som viser en signifikant effekt på 5%-nivå. De tre fagdisiplinene har negative fortegn, altså har legene innen disse fagene lavere jobbtilfredshet sammenliknet med referansekategorien som er leger innen psykiatriske fag.

Modell 2 der kommunikasjon er avhengig variabel viser samme tendenser som modell 1. Legene som mener lederne vektlegger helsefaglige oppgaver mener det er god nok kommunikasjon på avdelingen, dette funnet er signifikant på 1%-nivå. Videre er det kun funn som er signifikante på 10%-nivå; det er en negativ sammenheng mellom foretaksmodellen og kommunikasjon, en positiv sammenheng mellom leger i lederstillinger og kommunikasjon. Dummysettet har ikke samlet sett en signifikant sammenheng på 5%-nivå i modellen, men det er en negativ sammenheng på 10%-nivå mellom indremedisinske- og laboratoriefag og kommunikasjon sammenliknet med referansekategorien.

I modell 3 finner man en negativ signifikant sammenheng på 1%-nivå mellom helsefaglig ledelsesfilosofi og opplevelsen av at det sosiale klimaet i arbeidsenheten grad er stivbeint og regelstyrt. Videre er det for første gang en signifikant sammenheng mellom foretaksfaglig ledelsesfilosofi og avhengig variabel, denne også på 1%-nivå. Dette betyr at de som synes den øverste ledelsen vektlegger økonomi og administrasjon i høyere grad opplever det sosiale klimaet som stivbeint og regelstyrt. Det er en positiv signifikant sammenheng mellom foretaksmodellen og avhengig variabel, men kun på 10%-nivå, noe som vil si at de som synes foretaksorganiseringen er svært problematisk også opplever at det sosiale klimaet i større grad er stivbeint og regelstyrt. Dummysettet har samlet sett en signifikant på 5%-nivå i modellen, men det er kun laboratoriefag som har en positiv signifikant sammenheng (1%-nivå) med de avhengige variablene sammenliknet med referansekategorien, altså opplever legene innen laboratoriefag i større grad et stivbeint og regelstyrt sosialt klima enn legene innen psykiatriske fag.

Tabell 9. Sammenheng mellom ledelsesfilosofi på HF-nivå og en skala om jobbtilfredshet samt kommunikasjon og stivbeint & regelstyrt sosialt klima

Avhengige variabler	(1) Jobbtilfredshet	(2) Kommunikasjon	(3) Stivbeint & regelstyrt sosialt klima
Helsefaglig ledelse	0,611*** (0,037)	0,424*** (0,042)	-0,314*** (0,043)
Foretaksfaglig ledelse	0,011 (0,055)	0,047 (0,062)	0,210*** (0,064)
Foretaksmodellen	-0,142*** (0,028)	-0,087*** (0,032)	0,085** (0,033)
Lederansvar (ja=1, nei=0)	0,239*** (0,072)	0,218*** (0,082)	-0,100 (0,084)
Spesialistgodkjenning (ja=1, nei=0)	-0,237** (0,103)	-0,209* (0,117)	0,072 (0,120)
Alder (<40=1, >40=0)	-0,001 (0,097)	-0,039 (0,110)	0,014 (0,113)
Kjønn (mann=1, kvinne=0)	0,060 (0,062)	0,187*** (0,070)	-0,057 (0,072)
Fagdisiplin (psykiatriske fag som ref. kategori)			
Allmenntilleggsmedisin	-0,623 (0,882)	-0,836 (0,999)	-1,169 (1,027)
Indremedisinske fag	-0,060 (0,092)	-0,060 (0,106)	0,030 (0,108)
Kirurgiske fag	-0,011 (0,091)	0,003 (0,105)	-0,037 (0,107)
Laboratoriefag	-0,065 (0,122)	-0,065 (0,140)	0,256* (0,143)
Annet	0,093 (0,189)	-0,089 (0,214)	0,117 (0,220)
Konstant	2,072*** (0,307)	2,247*** (0,349)	2,381*** (0,357)
Observasjoner	899	891	895
R ² justert	0,345	0,165	0,104

Standardfeil i parentes

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

5.2 Resultater tabell 9

Justert R^2 i de tre modellene er på henholdsvis 34,5%, 16,5% og 10,4% - altså noe lavere enn i tabell 8 – dette kan ha sammenheng med at ledelsesvariablene er operasjonalisert annerledes i disse modellene.

I tabell 9 er det benyttet andre sentrale uavhengige variabler ettersom påstandene til spørsmålsformuleringen knyttet til øverste ledelse på HF-nivå er annerledes. Likevel er tendensene de samme som avdelingsnivå. Modell 1 viser også i tabell 9 at det er en positiv signifikant sammenheng mellom helsefaglig ledelse og jobbtilfredshet på, en negativ signifikant sammenheng mellom foretaksmodellen og jobbtilfredshet og en positiv signifikant sammenheng mellom lederansvar og jobbtilfredshet, alle er signifikante på 1%-nivå. Det er også i denne modellen som i tabell 8, en negativ signifikant sammenheng mellom spesialgodkjenning og jobbtilfredshet (5%-nivå). Dummysettet har ingen samlet eller enkeltvis signifikant effekt i modellen.

I modell 2 er det fortsatt en positiv signifikant sammenheng mellom helsefaglig ledelsesfilosofi og kommunikasjon på 1%-nivå, det samme ser man når det kommer til foretaksmodellen, også på HF-nivå finnes det en negativ signifikant sammenheng på 1%-nivå. Det er også her en positiv signifikant sammenheng på 5%-nivå mellom lederansvar og kommunikasjon. Spesialistgodkjenning har en negativ signifikant sammenheng på 10%-nivå, dette var ikke tilstede i tabell 8 modell 2. Den eneste gangen kjønn ser ut til å ha betydning er i denne modellen; det er en positiv signifikant sammenheng mellom kjønn og kommunikasjon. Menn er altså mer tilfreds med graden av kommunikasjon som er tilstede enn det kvinner er. Dummysettet har ingen samlet eller enkeltvis effekt.

Til slutt viser modell 3 omtrent det samme som i tabell 8 modell 3; en negativ signifikant sammenheng mellom helsefaglig ledelsesfilosofi og stivbeint og regelstyrt sosialt klima og en positiv signifikant sammenheng mellom helsefaglig ledelsesfilosofi og sosialt klima, begge på 1%-nivå. Den positive signifikante sammenhengen mellom foretaksmodellen er også tilstede her, signifikansnivået er her på 5%. Videre er det kun en enkeltvis signifikant sammenheng på 10%-nivå i dummysettet, leger innen laboratoriefag opplever i større grad et stivbeint og regelstyrt sosialt klima enn leger innen psykiatriske fag.

6. Diskusjon

Denne delen av oppgaven vil diskutere analysenes funn i lys av teori og tidligere forskning, samt drøfte hvilke implikasjoner de empiriske funnene kan ha for fremtidig ledelse i norsk spesialhelsetjeneste. Oppgavens hypoteser vil bli adressert og den overordnede problemstillingen vil bli besvart etter beste evne.

Gjennom OLS-regresjon har jeg demonstrert at det er en sterk positiv signifikant sammenheng mellom en helsefaglig ledelsesfilosofi og jobbtilfredshet blant leger i norske sykehusleger. Leger som altså synes ledere vektlegger faglige hensyn scorer høyere på jobbtilfredshetskalaen, disse funnene er konstante på både avdelings- og HF-nivå med noe ulik operasjonalisering av de sentrale uavhengige ledelsesvariablene. Dermed kan hovedhypotese H1 om faglig ledelse bekreftes og dette kan tyde på at legene i norsk spesialhelsetjeneste foretrekker en faglig orientert ledelse når det kommer til trivsel på arbeidsplassen. Resultatene samsvarer med tidligere forskning på flere områder; for det første viser funnene at det er en positiv sammenheng mellom ledelse og jobbtilfredshet, altså kan ledere utgjøre en forskjell i en organisasjon slik som Gilmartin og D'Aunno (2007) bekrefter etter sin gjennomgang av litteraturen om helseledelse. Fordi tidligere forskning har avklart at jobbtilfredshet er viktig for helsetjenestenes kvalitet samt at det minsker sjansen for turnover kan man implisitt si at ledelse har betydning, og man kan hevde slik som Forsberg et al. (2004) at godt lederskap kan bidra til å skjerme helseorganisasjoner fra uønskede sideeffekter fra økonomisk press.

Men hva ansees som godt lederskap? Undersøkelser utført av Menaker og Bahn (2008) i USA viser at bruken av det de omtaler som transformerende lederskap har betydning for legers jobbtilfredshet – denne formen for ledelse kan minne noe om helsefaglig ledelse som blir undersøkt i denne oppgaven. Den innebærer blant annet en ledelse som er motiverende, gir individuell oppmerksomhet og oppfølging samt legger til rette for intellektuell stimulering. Omtrent samme typen ledelsesstil viste seg å ha betydning også i Singapore, Loke (2001) fant også en positiv signifikant sammenheng mellom ledere som hadde egenskaper som omhandler blant annet det å legge til rette for samarbeid og en felles visjon, støtte ansattes initiativ, samt være oppmuntrende og anerkjennende. Dette er egenskaper som samsvarer godt med operasjonaliseringen denne oppgaven benytter av helsefaglig ledelse på avdelingsnivå i særlig grad, for å nevne noen: stimulere til faglig samarbeid mellom ulike avdelinger,

motivere medarbeidere og skape oppslutning og ta initiativ til nye faglige muligheter. I Iran fant Mosadegh og Yarohammadin (2006) at ledelsesadferden som var ansatt-relatert hadde særlig betydning for jobbtilfredsheten. Dette er noe som den helsefaglige ledelsen i større grad inkluderer enn den foretaksfaglige i denne analysen, ved at for eksempel helseledelse på avdelingsnivå inneholder variablene: løse mellommenneskelige problemer og motsetninger og koordinere ulike typer arbeid innad i avdelingen – oppgaver som i stor grad er relatert til de ansatte.

Hovedhypotese H2 kan ikke bekreftes etter som det ikke er en signifikant sammenheng mellom foretaksfaglig ledelse og jobbtilfredshet. Det er derimot i begge tabeller et interessant funn verdt oppmerksomhet; legene som opplever at ledelsen er foretaksfaglig rettet (HF-nivå: fokuserer på økonomi, politiske føringer og juridiske bestemmelser) anser i større grad det sosiale klimaet som stivbeint og regelstyrt. I operasjonaliseringen av foretaksfaglig ledelse på avdelingsnivå finner man variablene: “sørge for at regler og rutiner følges” og “økonomistyring, regnskap og budsjett”. Dette tyder på at måten disse tingene håndteres oppfattes som lite fleksibelt, dermed kan hypotese H6 bekreftes. Det motsatte er tilfellet når det kommer til helsefaglig ledelse på både avdelings- og HF-nivå, legene som synes ledelsen vektlegger faget, medarbeidere og kvaliteten opplever i mindre grad det sosiale klimaet som stivbeint og regelstyrt, og bekrefter dermed Hypotese H5. Hvordan kan man tolke disse funnene? Selv om det ikke finnes en direkte sammenheng mellom foretaksfaglig ledelse og lavere jobbtilfredshet kan modell 3 i begge tabellen konstatere at en ledelse som er foretaksfaglig rettet fører til at legene implisitt ikke føler autonomi og egenkontroll over arbeidet sitt. Selv om modell 3 ikke måler jobbtilfredshet direkte, men kun elementer som ofte omtales i tilknytning, kan man tolke det dit hen at det muligens kan bidra til lavere jobbtilfredshet. Disse funnene kan knyttes til “krav-kontroll”-modellen; høy grad av egenkontroll og sosial støtte kan gi økt jobbtilfredshet (Karasek og Theorell, 1990). Det er tydelig at lederne med en foretaksfaglig ledelsesfilosofi i disse analysene muligens ikke er så støttende men heller oppfattes som stivbeinte og lite fleksible når det kommer til friheten de bevilger de ansatte til å bestemme over arbeidet som utføres (Haukedal og Bjørvik, 2005). Altså er det motsatte tilfellet i disse analysene, autonomien er ikke tilstrekkelig for å skape trivsel ved en foretaksfaglig rettet ledelse.

Når det kommer til sammenhengen mellom ledelsesfilosofi og kommunikasjonstilfredshet indikerer analysene i de to tabellene at det er en sterk positiv signifikant sammenheng mellom

helsefaglig ledelse og kommunikasjon. Det er derimot ingen signifikant sammenheng når det kommer til foretaksfaglig ledelse. Dette vil si at hypotese H3 kan bekreftes, mens H4 må avkreftes. Disse resultatene er tilsvarende som ved hypotese H1 og H2 om jobbtilfredshet, noe som både er logisk og ønskelig, ettersom tidligere forskning viser at kommunikasjonstilfredshet er en faktor som ofte samvarierer med jobbtilfredshet. Ansatte som opplever positive kommunikasjonsforhold opplever også høyere jobbtilfredshet (Madlock, 2008). Tidligere forskning viser også til linken mellom ledelsesfilosofi og deres evner til å kommunisere (Olaisen et al., 2007). Resultatene i disse analysene tilsier at leger oppfatter at ledere med helsefaglig ledelsesfilosofi også innehar gode kommunikasjonsegenskaper. Selv om analysene ikke viser noen signifikant sammenheng mellom foretaksfaglig ledelsesfilosofi og kommunikasjon er det en negativ signifikant sammenheng mellom foretaksmodellen og kommunikasjon i begge tabeller. Dette gir mening da tidligere forskning poengterer at en stor andel ledere rekrutteres på bakgrunn av profesjonelle kriterier og kan dermed mangle den nødvendige interessen og kompetansen når det kommer til kommunikasjon med ansatte (Olaisen et al., 2007). Foretaksmodellen er jo basert på en NPM-tankegang der ledere som ansettes ofte bringer med seg prinsipper fra næringslivet og har fokus på økonomi og det “overordnende bildet” for å nå mål. Ansettelse knyttes opp mot resultatkrav der profesjonelle ledere kvalifiserer til å være leder av en bedrift uavhengig av hva bedriften produserer. Dette kan også kritiseres, ettersom man skulle tro ledere med “profesjonell” ledelsesbakgrunn forstår viktigheten av kommunikasjon innad i en organisasjon for å unngå misforståelser som kan hindre måloppnåelse.

Leger som oppfatter foretaksmodellen som problematisk ser fra analysen i begge tabeller ut til å oppleve lavere jobb- og kommunikasjonstilfredshet, samt at de opplever det sosiale klimaet som mer stivbeint og regelstyrt. Disse funnene er signifikante, i motsetning til funnene til Aasland et al. (2007) som ikke fant noen signifikant sammenheng mellom helsereformene i perioden 2002-2006 og jobbtilfredshet. Det at legene som anser foretaksmodellen som problematisk opplever et stivbeint og regelstyrt sosialt klima samsvarer med tidligere forskning som beskriver hvordan helsereformer har utfordret autonomien og identiteten til den medisinske profesjonen. Egenkontroll kan sies å være det motsatte av nettopp stivbeint og regelstyrt – og det kan dermed se ut til at de som er kritiske til foretaksmodellen i mindre grad føler at de har egenkontroll i arbeidet som utføres. Ettersom tidligere forskning viser at autonomi og egenkontroll er viktig for trivsel på arbeidsplassen, kan dette funnet være med å indikere at foretaksreformen ikke korrelerer positivt med jobbtilfredshet, noe som er tilfellet i

analysen. Resultatene som omhandler foretaksmodellen samsvarer i overført betydning med Aasland, Hagen og Martinussen (2007) sine funn som viste at sykehuslegene gjennomgående er meget kritiske til sykehusreformen og hevdet at den hadde hatt negative konsekvenser for sykehusene. Martinussen, Frich, Vrangbæk og Magnussen (2017) fant også at sykehusleger synes å være skeptiske til foretaksmodellen, og foretrakk heller å gå tilbake til den tidligere fylkeskommunale modellen.

I begge tabeller opplever legene med lederansvar høyere jobb- og kommunikasjonstilfredshet enn leger uten. Dette kan ha sammenheng med at ledere ofte er med på å sette dagsorden og innehar større grad av autonomi og beslutningskraft (Hellevik, 2008). Dette funnet støtter Moasadegh og Yarmohammadin (2006) som fant at jobbtilfredsheten var høyere hos ansatte i høyere stillinger. Åpen og ærlig kommunikasjon er med å skape tillit og bygge et godt kommunikasjonsklima, noe som er verdsatt både av ledere og ansatte (Olaisen et al., 2007). Grunig (1992) legger vekt på at gode relasjoner mellom interne grupper kan skape jobbtilfredshet. Det er tydelig at dette er tilfellet i disse analysene, men ettersom ledere med helsefaglig ledelsesfilosofi er med på å skape et godt kommunikasjonsklima kan det hende at de til en viss grad er inhabile når det kommer til å evaluere det. Det må poengteres at et godt kommunikasjonsklima ikke bare handler om fred og harmoni, men også om muligheten til å tørre å ta opp utfordringer og konflikter som måtte oppstå. Ledere føler seg muligens tryggere i situasjoner knyttet til konflikt fordi de er mindre redde for å for eksempel miste jobben sin. På den andre siden burde det være avgjørende for ledere å både skape og opprettholde god intern kommunikasjon fordi en forverring i kommunikasjonen mellom ledere og ansatte i følge Korte og Wayne (1996) vil føre til misnøye og i verste fall turnover.

Leger med spesialistgodkjenning har lavere jobbtilfredshet i begge analyser, samt at de er mindre tilfreds med kommunikasjonen, men dette funnet er kun signifikant i analysen knyttet til ledelsen på HF-nivå. Dette går til en viss grad i mot Nylenna og Aasland (2007) tidligere funn, der privatpraktiserende spesialister hadde høyere jobbtilfredshet enn allmennleger og sykehusleger, men dette gjelder jo altså privatpraktiserende – de med spesialistgodkjenning i denne oppgavens analyser er sykehusleger. Studien til Moasadegh og Yarmohammadin (2006) samsvarer mer med analysens funn; de finner at ansatte som jobber tettere med pasienter har lavere jobbtilfredshet. De finner videre at jobbtilfredsheten er lavere for leger innen psykiatri, hemodialyse og pediatri, dette samsvarer i noen grad med studiens analyser på avdelingsnivå. Denne oppgaven inkluderer ikke ansatte innen pediatri og hemodialyse

spesifikt, samt at den benytter leger innen psykiatriske fag som referansekategori. Likevel viser analysen at de som jobber innen indremedisinske fag, kirurgiske fag og laboratoriefag har lavere jobbtilfredshet enn leger innen psykiatriske fag. Et annet interessant funn er at det kun er legene innen laboratoriefag, særlig i tabellen av ledelse på HF-nivå, som opplever det sosiale klimaet som mer stivbeint og regelstyrt sammenlignet med leger innen psykiatriske fag. Dette kan antyde noe om at grep må tas innen denne avdelingen, slik at de vil bli mer tilfreds med det sosiale klimaet. Noe av årsaken kan tenkes å være at de har lite slingringsmann når det kommer til egenkontroll i utførelsen av et rutinepreget arbeid. Det er urovekkende at leger med spesialistgodkjenning opplever lavere jobbtilfredshet – jobbtilfredshet er avgjørende for å bevare høyt trent helsepersonell slik som spesialistene er (Mosadegh & Yarmohammadian, 2006).

Noen av kontrollvariablene ble ikke signifikante, alder og kjønn ser i disse analysene (med et unntak) ikke ut til å ha særlig betydning. De er likevel beholdt ettersom de er vanlige bakgrunnsvariabler i slike studier og ikke-signifikante funn også er funn, det kan være interessant å opplyse om forhold der det ikke er sammenheng slik at andre kan forholde seg til dette i fremtiden. Nylenna og Aasland (2007) fant blant annet at jobbtilfredsheten hos leger økte med økende alder, dette er noe som ikke er tilstede i denne oppgavens analyser. Det kan ha sammenheng med at de ikke undersøkte sykehusleger spesifikt, men inkluderte flere legegrupper. Unntaket når det kommer til betydningen av kjønn finnes i tabell 9 modell 2; det er en positiv signifikant sammenheng mellom menn og kommunikasjon. Menn er mer tilfreds med graden av kommunikasjon enn det kvinner er. Selv om det ikke er noen signifikant sammenheng mellom kjønn og jobbtilfredshet viser tidligere forskning at det er sammenheng mellom ansatte som opplever positive kommunikasjonsforhold og jobbtilfredshet (Madlock, 2008), altså kan man til en viss grad anta at siden menn opplever kommunikasjonen som god vil de også i større grad enn kvinner oppleve jobbtilfredshet. Selv om det må poengteres at dette bare er en antagelse basert på logiske slutninger, ettersom analysen ikke påviser noen signifikant sammenheng mellom kjønn og jobbtilfredshet på verken avdelings- eller HF-nivå.

Opgavens problemstilling ønsket å finne ut om det er slik at en helsefaglig ledelsesfilosofi har sammenheng med høyere jobbtilfredshet hos norske sykehusleger, mens en foretaksfaglig ledelsesfilosofi der økonomi og effektivitet er viktigst har sammenheng med misnøye. Opgavens analyser kan bekrefte at det er en sammenheng mellom en ledelse som vektlegger faglige aspekter og økt jobbtilfredshet, men analysene kan ikke bekrefte at foretaksfaglig

ledelse har sammenheng med misnøye. Det som derimot viser seg er at de legene som anser foretaksmodellen som svært problematisk opplever lavere jobbtilfredshet, de opplever også at det er et dårligere kommunikasjonsklima og at det sosiale klimaet er stivbeint og regelstyrt. Det har i etterkant av NPM-inspirerte reformer i offentlig sektor blitt stilt spørsmål om økt fokus på kostnadseffektivitet har gått utover kvaliteten på tjenestene. Denne oppgaven har ikke målt kostnadseffektivitet eller kvalitet, men foretaksmodellen og foretaksfaglig ledelsesfilosofi kan representere noe av kostnadseffektivitetsperspektivet og legers jobbtilfredshet kan si noe om kvaliteten på helsetjenestene ettersom tilfredse og motiverte ansatte i større grad utfører tjenester av kvalitet. Analysene antyder at foretaksorganiseringen har gått utover jobbtilfredsheten og det sosiale klimaet, dette kan i overført betydning si noe om at legene ikke har rammene som skal til for å yte sitt beste, som igjen kan gå utover kvaliteten på tjenestene og føre til et dårligere tilbud til pasientene. Det kan også være en potensiell fare for at det fører til turnover som videre vil generere unødvendige økte kostnader. Dette var absolutt ikke intensjonen bak sykehusreformen i 2002. Dette samsvarer med tidligere forskning som omhandler hvordan spenninger oppstår når NPM-inspirerte virkemidler “frakobler” ledelse og helseprofesjon. Spenningsene kan utvikle seg til en konstant kamp om hvem som bør utføre hvilke oppgaver. Sehested og Ejersbo (1998) hevder at de frakoblede rollene kan føre til at man undergraver det helsefaglige aspektet som et viktig prioriteringsgrunnlag for hvordan tjenestetilbudet bør være.

Denne diskusjonen tilsier at bildet er komplekst, analysene antyder at det er sammenheng mellom ledere som prioriterer helsefaglige aspekter og høyere jobbtilfredshet, som igjen kan tyde på at legene er motivert til å utføre kvalitet i behandlingen. Likevel, dette er ikke en studie som tester kausale sammenhenger; det kan også være at de som har høy jobbtilfredshet i større grad vurderer sine ledere til å prioritere fag. Ettersom denne studien benytter tverssnittdata kan man bare si noe som samvariasjon. Denne studien har heller ikke sett på endringer over tid, så den kan ikke antyde noe når det kommer til om jobbtilfredsheten er stigende eller synkende. Det er dermed ikke et entydig svar her og analysen kan ikke konkludere noe når det kommer til helsevesenets kvalitet og tilbud til pasientene, men det kan peke på faktorer som kan gi innsikt og inspirasjon til videre arbeid på området. Den kan også ha betydning for hva som i fremtiden bør vektlegges i organiseringen og ledelsen av helseprofesjonen for å kunne gi et best mulig tilbud til pasientene.

Befolkningen lever lenger, ny medisinsk teknologi og økte forventninger og krav fra pasienter fører til økte helsekostnader. Omorganiseringen av helsesektoren er et faktum. Et godt fungerende helsevesen er avgjørende for en sunn befolkning. NPM-tankegangen der profesjonell ledelse er et viktig aspekt har fått modellmakt i helsevesenet, men finnes det en gylden middelvei for å både opprettholde jobbtilfredshet som fører til kvalitet, og effektivitet og fornuftig ressursbruk som fører til bærekraftighet? Kanskje kunne det som tidligere forskning presenterer som en form for hybrid ledelse som sømløst klarer å kombinere/balansere de helsefaglige og foretaksfaglige hensynene være løsningen? Grund (2006) hevder at ledere med den rette kombinasjonen av faglig og ledelsesmessig kompetanse er bedre egnet til å forstå den komplekse konteksten og dermed er i stand til å mestre balansen mellom fag og økonomi/administrasjon. Men hva er den rette kombinasjonen av ferdigheter og kunnskaper for hybridledelse? Berg og Byrkjeflot (2010) hevder det ikke finnes noe fasitsvar her, ettersom det handler om hvordan ekspertiseområder tolkes og hvordan de blandes. Noen vil kanskje hevde at det er lettere å videreutdanne en lege innen ledelsesfag enn en profesjonell leder innen helsefag. Og at det dermed er mer hensiktsmessig å innføre større muligheter for ledelses-etterutdanninger for leger. Samtidig krever ikke alle områder på et sykehus at man har medisintutdanning, selv om mange beslutninger som må tas gjelder medisinske overveielser. Ledelsen på sykehus står daglig overfor ulike dilemmaer, Grund (2006) beskriver hvordan de blant annet må gjøre overveielser mellom fag og økonomi og redde liv og drive bedrift. Man kan forstå at det er svært krevende å ha en slik lederposisjon, der det er forventet at man skal gjøre de "rette" prioriteringene og finne de gode løsningene.

Kanskje kunne en løsning være å utvikle fremtidige ledere blant yngre leger, både gjennom medisintutdanningen men også gjennom å inspirere og tidlig legge til rette for at de kan påta seg ansvar og lederoppgaver på sykehusene. Lederstrategier og -stiler er noe man kan endre og utvikle innad i organisasjonen ved å gjennomføre for eksempel workshops eller kurs (Donoghue & Castle, 2009). I disse kursene/workshops-ene bør man legge vekt på at prioriteringer av faglige hensyn er noe som må inngå i ledelse ettersom dette kan vise seg å ha sammenheng med jobbtilfredshet.

Det kan uansett virke som det er nødvendig med en forventningsavklaring om innholdet og kompetansekravene til lederrollen en gang for alle. En annen mulig løsning kan være tverrfaglige lederteam der en er avdelingsleder og resterende teammedlemmer har både medisin og økonomisk/administrativ bakgrunn, avdelingslederen bestemmes på bakgrunn av

ledelseskvalifikasjoner og tidligere resultater. Dermed vil man få en slags hybrid ledelse med det beste fra begge “profesjoner”, der ingen av profesjonene dominerer over den andre. Dette kan være vrient ettersom medisinprofesjonen anses å være en profesjon med mye makt og innflytelse, noe som kan skape utfordringer når endringer blir forsøkt innført (Gilmartin & D’Aunno, 2007). I Finland ser det ut til at det er mulig, Kurunmaki (2004) viser til at den medisinske profesjonen her har vært villig til å for eksempel tilegne seg regnskapsteknikker i sammenheng med NPM-reformer og han hevder det der har oppstått en hybrid profesjon.

7. Konklusjon

Målet med denne oppgaven var å undersøke ledelse, et viktig aspekt innen NPM-tradisjonen, og hvordan ulik ledelsesfilosofi kan ha betydning for jobbtilfredsheten til offentlige ansatte; i dette tilfellet leger i norske sykehus. Dermed har denne studien gjennom OLS-regresjon forsøkt å finne ut om det er noen sammenheng mellom ledelsesfilosofi og jobbtilfredshet hos norske sykehusleger. Resultatene indikerer at det er en sammenheng mellom en ledelse som vektlegger helsefaglige aspekter og økt jobbtilfredshet. Det er derimot ikke påvist noen sammenheng mellom en ledelse som vektlegger foretaksfaglige aspekter og misnøye, men de legene som anser selve foretaksorganiseringen som svært problematisk har lavere jobb og kommunikasjons-tilfredshet og anser det sosiale klimaet som stivbeint og regelstyrt. Høy jobbtilfredshet er etterstrebet i norsk helsevesen, både fordi det er en indikator på helsevesenets kvalitet samt at det minsker sjansen for turnover, noe som er meget kostbart.

Ledelse ser ut i fra disse analysene til å være av betydning, og spesielt viktig når det kommer til å kompensere for den ressursknappheten som helsevesenet opplever nå og som vil bli enda mer markant i fremtiden. Hvis ledelsen klarer å skape jobbtilfredshet hos sine ansatte kan de også bidra til å forbedre og opprettholde helsevesenets kvalitet gjennom å forhindre turnover samt sørge for at legene er motiverte til å yte kvalitet i behandlingen, noe som vil føre til et bedre tilbud for pasientene. Som denne oppgaven har demonstrert; ledelse i sykehus er preget av kompleksitet og dilemmaer. Ledere må balansere mellom økonomiske og medisinske hensyn, redde liv men også drive bedrift. Det er ulike syn på hvilken ledelsesfilosofi som er ønskelig samt hvilken kompetanse som bør ligge til grunn for å kunne være en leder på et sykehus. Medisinprofesjonen har gjennom tidene hatt makt og innflytelse, men med NPM-tankegangen kom de profesjonelle lederne inn i bildet – ledelse har utviklet seg til å bli en profesjon i seg selv. Ledelse handler om å lede ansatte til å nå mål uavhengig av hva bedriften man leder “produserer”. Sykehus kan sies å være bedrifter av det særegne slaget, der leger er nøkkelressurser når det kommer til det viktigste av alt: behandling av syke mennesker. Dette gjør dem helt uunnværlige, men vi er også avhengige av bærekraftighet når ressursknappheten er et faktum. Helseutgiftene øker raskere enn den økonomiske veksten, noe som har gjort at myndighetene har sett seg nødt til å gjennomføre tiltak for å redusere kostnader, øke effektiviteten og sørge for at helsesektoren styres etter klarere mål slik at helsetjeneste kan opprettholdes og forbedres. Kanskje kan en hybrid form for ledelse som mestrer balansen mellom helsefaglige og økonomiske hensyn også sørge for en tilfredsstillende grad av

jobbtilfredshet hos norske sykehusleger. Da er det nok viktig med en forventningsavklaring, der inngåelse av kompromisser vil bli uunngåelig når så mange ulike hensyn skal tas. Det er vanskelig å innfri alle krav og forventinger til ledelsen i en bedrift. Men hvis de ulike partene legger godviljen til må det gå an å finne en løsning som kan tilfredsstille de fleste. Selv om man har ulik bakgrunn og ulike oppgaver så jobber man for det samme; et velfungerende helsevesen finansiert gjennom beskatning som sørger for en sunn og produktiv befolkning.

7.1 Styrker og svakheter ved studien

En styrke ved denne studien er at den benytter variabler fra en internasjonal anerkjent skala om organisasjonsklima (QPSNordic), denne er basert på et teoretisk grunnlag og er blitt testet i norsk helsesektor. Bruken av variabler fra QPSNordic gjør også internasjonale sammenlikninger mulig. Den benytter også de siste tilgjengelige dataene, noe som gjør resultatene aktuelle. Det må likevel tas høyde for at jobbtilfredshet er som tidligere nevnt er et komplekst begrep. Skalaen og de to andre avhengige variablene som er benyttet greier kanskje å forklare deler av fenomenet, men man bør generelt sett være kritisk til hvorvidt det substansielle innholdet, skalaen i særlig grad, faktisk måler det man ønsker å måle. Kanskje kunne man satt sammen skalaen basert på andre variabler. Det ble forsøkt å sette sammen andre spørsmål fra spørreskjemaet uten at dette ga store endringer i resultatene. Det samme gjelder kontrollvariablene, kanskje kunne det vært kontrollert for faktorer som lønn, arbeidsforhold, antall arbeidstimer og antall behandlede pasienter om jeg hadde hatt tilgang på dette.

Jeg vil samtidig hevde at en styrke ved studien er at selv ved noe ulik operasjonalisering av ledelsesvariablene finner man de samme tendensene knyttet til ledelse på både avdelings- og HF-nivå. Resultatene tilknyttet faglig ledelse viser sterke signifikante sammenhenger på alle de tre avhengige variablene i begge tabeller. Dette bidrar til å styrke resultatene fra analysene.

Kanskje kunne det vært mulig å i fremtiden operasjonalisere en variabel om hybrid ledelse basert på et spesifikt spørsmål om dette i en oppfølging av studien. En oppfølgingsstudie kunne samtidig gitt innsikt i om jobbtilfredsheten er stigende eller synkende. Det kunne også vært interessant å benytte et kvalitativt forskningsdesign som kunne bidratt til et enda mer nyansert bilde og muliggjøre ytterligere belysning av sammenhengen mellom ulik ledelsesfilosofi og jobbtilfredshet.

Ettersom studien benytter seg av holdningsvariabler er det viktig å reflektere rundt forskjellen på korrelasjon og kausalitet. En begrensning er at dette hovedsakelig er en korrelasjonsstudie som benytter tverrsnittdata, noe som betyr at man kun kan se på sammenhenger mellom variabler og ikke kausale sammenhenger. De påviste sammenhengene må altså tolkes med forsiktighet. Hva er det egentlig som påvirker hva? Kan det være slik at ansatte med høy jobbtilfredshet ser på sine ledere som mer kompetente innen kommunikasjon og med de riktige prioriteringene? Eller har ulik ledelsesfilosofi en innvirkning på jobb- og kommunikasjonstilfredsheten? Hvis man foreslår at helseforetakene burde fokusere på en ledelse som prioriterer fag i større grad enn økonomi vil ikke dette nødvendigvis føre til at de ansatte opplever høyere kommunikasjons- og jobbtilfredshet. Kanskje kunne også de avhengige variablene “kommunikasjon” og “stivbeint og regelstyrt sosialt miljø” fungert som uavhengige variabler i stedet for? Det vil alltid være mye man kunne gjort annerledes, men denne studiens resultater antyder at en ledelse som prioriterer fag fremfor økonomi, vil ha mer tilfredsstilte ansatte. Dette er interessante funn som kan bygges videre på.

7.2 Videre arbeid

Resultatene fra denne studien er begrenset til norske forhold, men det kan være mulig å gjennomføre lignende studier også i andre land der det har oppstått en konflikt mellom faglig og økonomisk ledelse etter NPM-inspirerte reformer. Det kunne vært spennende å se hva som er tilfellet i andre land og sammenhenger. Resultatene fra flere lignende studier kan være nyttige for å utvikle nye ledermodeller og implementeringsteknikker som kan fungere på tvers av landegrenser. Selv om helsesektoren er en særegen sektor med hensyn til medisinprofesjonens sterke posisjon, er den også lik andre sektorer, noe som gjør slutninger overførbare. Det må presiseres at denne studiens funn er i form av sammenhenger, og ikke kausale slutninger. Funnene er likevel relevante i forhold til de implikasjoner de setter for potensielt videre arbeid, både med forskning på ledelse og jobbtilfredshet.

8. Litteratur

- Achen, C. (2005). Let's Put Garbage-Can Regressions and Garbage-Can Probits Where They Belong. *Conflict Management and Peace Science*, 22(4), 327-339.
- Berg, L. N. & Byrkjeflot, H. (2010). Hybrid ledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen.
- Bjaalid, G. (2018). *Et sic operatur? Effekten av organisatoriske endringer i sykehussektoren* (Doktogradsavhandling). Universitetet i Stavanger, Stavanger.
- Blank, R. H. & Burau, V. (2014). *Comparative health policy* (4th ed. utg.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H. O., Lægreid, P. & Roness, P. G. (2010). *Forvaltning og politikk* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2001). New Public Management i norsk statsforvaltning IB. S. Tranøy & Ø. Østerud (Red.), *Den Fragmenterte staten : reformer, makt og styring*. Oslo.
- Donoghue, C. & Castle, N. G. (2009). Leadership Styles of Nursing Home Administrators and Their Association With Staff Turnover. *The Gerontologist*, 49(2), 166-174.
- Finset, K. B., Gude, T., Hem, E., Tyssen, R., Ekeberg, O. & Vaglum, P. (2005). Which young physicians are satisfied with their work? A prospective nationwide study in Norway. *BMC Medical Education*, 5(1), 19.
- Forsberg, E., Axelsson, R. & Arnetz, B. (2004). The relative importance of leadership and payment system. *Health Policy*, 69(1), 73-82.
- Gilmartin, M. J. & D'Aunno, T. A. (2007). 8 Leadership Research in Healthcare. *The Academy of Management Annals*, 1(1), 387-438.
- Goodwin, N. (2006). *Leadership in Health Care: A European Perspective*: Routledge.
- Groves, R. (2006). Nonresponse Rates and Nonresponse Bias in Household Surveys. *Public Opinion Quarterly*, 70(5), 646-675.
- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk : dilemmaenes tyranni*. Oslo: Universitetsforl.
- Grunig, J. E. (1992). *Excellence in public relations and communication management*. Mahwah: NJ.Lawrence Erlbaum Associates.
- Haukedal, W. & Bjørvik, K. I. (2005). *Arbeids- og lederpsykologi* (7. utg. Willy Haukedal. utg.). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Hellevik, O. (2008). *Jakten på den norske lykken : Norsk monitor 1985-2007*. Oslo: Universitetsforl.
- Helsedepartementet. (2003). *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m* (Ot. prp. ... (trykt. utg.), Bind nr. 63 (2002-2003)). Oslo: Departementet.
- Hofoss, D. & Nord, E. (1997). Norske leger – velstående og velansett, men ikke spesielt lykkelige. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 117, 3476–3481.
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel Analysis: Techniques and Applications, Second Edition* (Quantitative methodology series. 0, 2nd ed. utg.): Routledge Ltd - M.U.A.
- Høie, T. A. (2015). *Helseledelse : veien til et bedre helsevesen*. Fjellhamar: Fringilla Publishing.
- Jensen, I. S. (2002). *Ona fyr : for deg som vil lykkes sammen med andre*. Lysaker: Dinamo forl.
- Johannessen, J.-A. & Olaisen, J. (2007). *Styring av helseforetak : hvorfor er sykehus vanskelig å styre?* Bergen: Fagbokforl.

- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*: Basic Books.
- Kassirer, J. P. (1998). Doctor Discontent. *The New England Journal of Medicine*, 339(21), 1543-1545.
- Korte, W. B. & Wynne, R. (1996). *Telework: Penetration, Potential and Practice in Europe*. Amsterdam: Ohmsha Press.
- Kouzes, J. M. & Posner, B. Z. (1988). *The leadership challenge*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29(3), 327-347.
- Lane, J.-E. (2000). *New Public Management : An Introduction*. London: Routledge.
- Lega, F., Prenestini, A. & Rosso, M. (2017). Leadership research in healthcare: A realist review. *Health Services Management Research*, 30(2), 94-104.
- Loher, B. T., Noe, R. A., Moeller, N. L., Fitzgerald, M. P. & Guion, R. (1985). A Meta-Analysis of the Relation of Job Characteristics to Job Satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 70(2), 280-289.
- Loke, J. C. F. (2001). Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 9(4), 191-204.
- Long, C. S. & Thean, L. Y. (2011). Relationship between leadership style, job satisfaction and employees' turnover intention: A literature review. *Research Journal of Business Management*, 5(3), 91-100.
- Madlock, P. E. (2008). The Link Between Leadership Style, Communicator Competence, and Employee Satisfaction. *The Journal of Business Communication* (1973), 45(1), 61-78.
- Martinsen, Ø. L. (2005). *Lederskap - spiller det noen rolle?* (Forskningsrapport (Handelshøyskolen BI : trykt utg.), Bind 5/2005). Oslo: Handelshøyskolen BI, Institutt for ledelse og organisasjon.
- Martinussen, P. E., Frich, J. C., Vrangbæk, K. & Magnussen, J. (2017). Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten – hva mener sykehuslegene?
- Martinussen, P. E. & Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine*, 73(2), 193-200.
- Mehmetoglu, M. & Jakobsen, T. G. (2017). *Applied statistics using stata : a guide for the social sciences*. Los Angeles, Calif: SAGE Publications.
- Menaker, R. & Bahn, R. S. (2008). How Perceived Physician Leadership Behavior Affects Physician Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 83(9), 983-988.
- Mosadegh, R. A. M. & Yarmohammadian, H. M. (2006). A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction. *Leadership in Health Services*, 19(2), 11-28.
- Mosadeghrad, A. M. & Ferdosi, M. (2013). Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: proposing and testing a model. *Materia socio-medica*, 25(2), 121.
- Nylenna, M. & Aasland, O. G. (2010). Jobtilfredshet blant norske leger. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 130(10), 1028-1031.
- Olaisen, J., Rosendahl, T., Andersen, M. K. & Solstad, T. L. (2007). Intern kommunikasjon i endringsprosesser. *Beta*, 21(02), 45-61.
- Olaussen, Å. & Wollebæk, H. P. (2002). *New public management* (Temanotat (Utdanningsforbundet : online), Vol. 2002/6.).

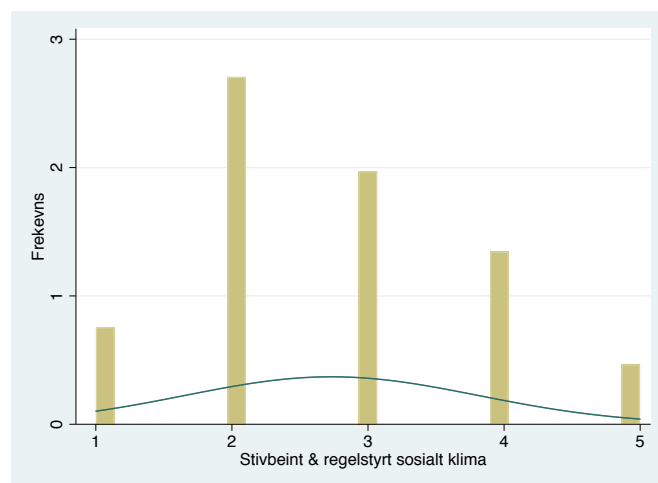
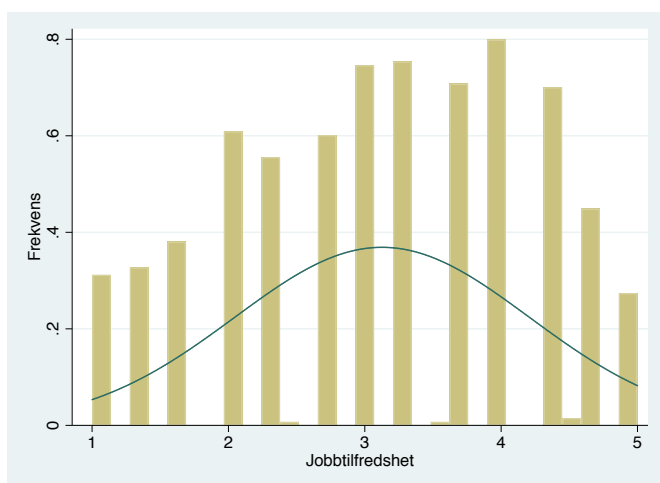
- Olsen, J. P. (1996). *Norway: slow learner - or another triumph of the tortoise?* (ARENA særtrykk (trykt utg.), Bind 96/7). Oslo: ARENA.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Ringdal, K. & Wiborg, Ø. (2017). *Lær deg Stata : innføring i statistisk dataanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sachs, J. D. (2005). *The end of poverty : how we can make it happen in our lifetime*. London: Penguin Books.
- Sehested, K. & Ejersbo, N. (1998). Fra sammenkobling til dekobling af ledelse og profession i den kommunale forvaltning. *Nordisk Administrativt Tidsskrift*(4).
- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., . . . Swensen, S. J. (2015). Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432-440.
- Singer, E. (2006). Nonresponse bias in household surveys. *Public Opinion Quarterly*, 70(5), 637-645.
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener : en regresjonsbasert tilnærming* (2. [rev. og utvidet] utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skogstad, A. (2000). Psykososiale faktorer i arbeidet. I A. Skogstad & S. Einarsen (Red.), *Det Gode arbeidsmiljø : krav og utfordringer* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Stamsø, M. A. (2005). *Velferdsstaten i endring : om norsk helse- og sosialpolitikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sørensen, R. J. (2004). Et forvitret demokrati? Makt- og demokratiutredningens misvisende konklusjon om det norske demokratiet. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 20(02), 156-176.
- Tjønndal, A. (2018). *Statistisk analyse i Stata*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Torjesen, D. O. (2007). Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*(02), 275-287.
- Vabø, M. (2014a). Dilemmaer i velferdens organisering IS. I. Vabo & M. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforl.
- Vabø, M. (2014b). Reformtrender og endringsparadokser IS. I. Vabo & M. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforl.
- Vanebo, J. O. & Strømsnes, D. (2001). Modernisering av offentlig sektor i Norge. I J. O. Vanebo, K. Klaudi Klausen & T. Busch (Red.), *Modernisering av offentlig sektor: trender, ideer og praksiser* Oslo: Universitetsforlaget.
- Voltmer, E., Rosta, J., Siegrist, J. & Aasland, O. (2012). Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(7), 819-828.
- Ødegård, M. (2000). New Public Management - markedet som redningsplanke? I H. Baldersheim & L. E. Rose (Red.), *Det Kommunale laboratorium : teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aasland, O. G., Hagen, T. P. & Martinussen, P. E. (2007). Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(17), 2218-2221.

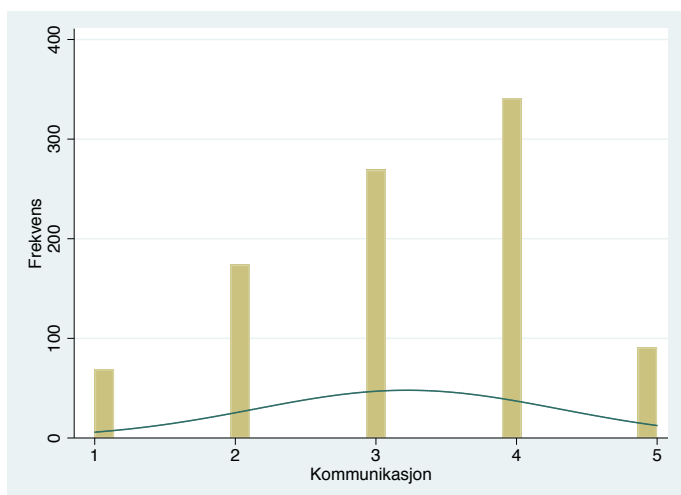
Appendiks

Tabell 10. Deskriptiv statistikk

	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Min	Max
Jobbtilfredshet	952	3.126751	1.081359	1	5
Kommunikasjon	944	3.223517	1.083883	1	5
Stivbeint & regelstyrt sosialt klima	948	2.732068	1.078711	1	5
Foretaksmodellen	940	3.407447	1.117652	1	5
Fag	957	3.129572	1.136101	1	6
HF helsefaglig ledelse	942	2.642604	.8873956	1	5
HF foretaksfaglig ledelse	943	4.200601	.5347366	1	5
Avd. foretaksfaglig ledelse	949	3.935722	.6593046	1	5
Avd. helsefaglig ledelse	950	2.859825	.8536214	1	5
Alder (<40=1, >40=0)	950	.2	.4002107	0	1
Kjønn (mann=1, kvinne=0)	952	.5955882	.4910358	0	1
Lederansvar (ja=1, nei=0)	953	.2675761	.4429277	0	1
Spesialistgodkjenning (ja=1, nei=0)	953	.8268625	.3785647	0	1

Graf 1-3: Oversikt over de avhengige variabelenes normalfordeling





Tabell 11. VIF-test HF

	VIF	Toleranse
Helsefaglig ledelse	1.23	0.812627
foretaksfaglig ledelse	1.02	0.979313
Foretaksmodellen	1.17	0.853558
Lederansvar (ja=1, nei=0)	1.17	0.851631
Spesialistgodkjenning (ja=1, nei=0)	1.81	0.552864
Alder (<40=1, >40=0)	1.77	0.563479
Kjønn (mann=1, kvinne=0)	1.09	0.919529
Fag		
Allmennmedisin	1.01	0.987749
Indremedisinske fag	2.27	0.441246
Kirurgiske fag	2.35	0.425061
Laboratoriefag	1.52	0.657362
Annet	1.18	0.849938
Gjennomsnittlig VIF	1.47	

Tabell 12. VIF-test Avdeling

	VIF	Toleranse
Helsefaglig ledelse	1.17	0.856028
foretaksfaglig ledelse	1.02	0.983908
Foretaksmodellen	1.14	0.878951
Lederansvar (ja=1, nei=0)	1.17	0.857958
Spesialistgodkjenning (ja=1, nei=0)	1.80	0.554613
Alder (<40=1, >40=0)	1.77	0.565529
Kjønn (mann=1, kvinne=0)	1.09	0.917267
Fag		
Allmennmedisin	1.01	0.989940
Indremedisinske fag	2.25	0.444817
Kirurgiske fag	2.29	0.436227
Laboratoriefag	1.51	0.662739
Annet	1.17	0.853735
Gjennomsnittlig VIF	1.45	