

MASTEROPPGAVE

Emnekode:

BE320E

Navn på kandidater:

Juni Åkra Eldrup og Nhu Nguyen

Kvinner og ledelse ved norske sykehus

- et kvalitativt studie om strategier og innflytelse

Dato: 01.12.2017

Totalt antall sider: 95

Abstract

This master's thesis concludes our MBA program at Nord University. We encountered the idea for this master's thesis in a discussion about women, empowerment and leadership.

Our main goal is to highlight the problem with the overweight of men in hospitals' top management. Despite the fact that there are over 80% women working in hospitals, there is a problem to recruit women to top management. Traditionally, both doctor and leader positions are typically held by men. Women holding such positions are therefore breaking both hierarchies. They are breaking the gender hierarchy, in which men are typically higher ranked than women, in addition to the hierarchy of competence, with the common previous perception of nurses being female and doctors being male.

We performed a qualitative study which includes five interviews. The informants were all women and held the position Head of Clinic at one of the hospitals with a relatively high percentage of women. The focus for the project was to examine the strategies that female managers used to obtain influence, impact on decisions, and power in their positions.

We discovered that the informants gained influence and power with their personalities and by their leadership styles. Strategies to gain influence included recognizing others, being a visible leader, honesty, gaining knowledge and trusting. The community were important to all our informants and this also affected their behavior. When it comes to the hospital as an institution we discovered that the gender hierarchy was almost gone, whereas the competence hierarchy remained.

Førord

En lang og lærerik prosess er over.

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på vårt studieløp ved Nord Universitet. Vi er stolte av å ha fullført en mastergrad i full jobb. Disse årene har til tider har vært hektiske og det har vært en utfordring å balansere jobb, familie og utdanning.

Først og fremst vil vi takke våre informanter som har vært sjenerøs med sin tid, som har delt sine erfaringer, og gitt oss mange gode og viktige historier.

Vi ønsker å takke engasjerte og dyktige forelesere og motiverende medstudenter. Takk for gode diskusjoner. Dere har alle bidratt til en økt forståelse og interesse for faget. I tillegg retter vi en takk til våre arbeidsgivere, som har vært utrolig forståelsesfulle og som har vært med oss på oppturer og nedturer.

Vi vil også takke vår veileder Gry Alsos, for gode diskusjoner og konstruktive tilbakemeldinger.

Til sist en takk til våre familier, samboer og venner for all støtte, motivasjon og en enorm tro på oss.

Bergen/Trondheim 1. desember 2017

Juni Åkra Eldrup og Nhu Nguyen

Handelshøgskolen, Nord Universitet

Sammendrag

I denne masteroppgaven forsøker vi å finne ut hvordan kvinnelige toppledere i sin posisjon som leder, oppnår innflytelse. Hvordan de skaffer seg påvirkningskraft og hvordan de møter de forventninger som ligger til rollen som kvinnelig leder. Vi finner det interessant at på en kvinnedominert arbeidsplass der omtrent 80% av de ansatte er kvinner, er det menn som dominerer i toppledelsen. Videre står kvinnelige ledere i sykehusledelsen i en spesiell posisjon hvor de bryter med tradisjonelle systemer og hierarkier.

Som utgangspunkt for vår forskning kom vi frem til følgende problemstilling

Hvordan oppnår kvinnelige toppledere ved norske sykehus innflytelse?

For å undersøke dette nærmere har vi brukt et kvalitativ forskningsdesign. Vi gjennomførte til sammen fem intervju ved et av sykehusene med relativt høy andel kvinner i ledelsen, sammenlignet med andre norske sykehus.

Det teoretiske grunnlaget har bestått av ledelsesteori, atferdsteori, tidligere forskning på kjønn og ledelse og motivasjonsteori. Hovedelementer i teoridelen inneholder både trekkteori, French og Ravens fem kilder til makt og teori om ulike lederstiler.

Hovedkonklusjonen er at våre informanter oppnår innflytelse ved hjelp av forskjellige strategier. Strategier som ser ut til å gjelde i flere situasjoner er å anerkjenne andre, fremstå som tydelig, opparbeide seg kunnskap, være ærlig og skape tillit. Våre funn viser også at innflytelse oppover i toppledelsen har betydning for innflytelse nedover til de ansatte. Vi har også funnet tendenser til at det tradisjonelle kjønnshierarkiet i sykehusene er på vei bort, mens kompetansehierarkiet i sykehusene ble bekreftet å eksistere fremdeles. Det framkom at den medisinske fagbakgrunnen ble sett på som spesielt viktig for å få innflytelse i legestaben.

Til sist har vi forslag til videre forskning.

Innholdsfortegnelse

Abstract	i
Forord	ii
Sammendrag	iii
Innholdsfortegnelse	iv
Oversikt over tabeller	vi
Oversikt over figurer	vi
Oversikt over vedlegg	vi
1. Innledning	1
1.1 Aktualisering og valg av problemstilling	1
1.2 Bakgrunnshistorikk	4
1.3 Avgrensninger	7
1.4 Oppgavens videre oppbygning	9
2. Teori.....	10
2.1 Ledelse i norske sykehus.....	10
2.2 Profesjonsledelse	11
2.3 Kjønn	13
2.3.1 Kjønn og ledelse.....	14
2.3.2 Tidligere forskning på kjønn og ledelse	15
2.3.3 Feminisering av lederrollen og legerollen.....	17
2.4 Ledelse.....	19
2.4.1 Makt og innflytelse.....	20
2.4.2 French og Ravens fem kilder til makt	21
2.4.3 Lederstiler – tre hovedretninger	23
2.4.4 Personlighetstyper	25
2.4.5 Motivasjon.....	27
2.5 Oppsummering med analysemodell	29
3. Metode	30
3.1 Metodisk fremgangsmåte	30
3.2 Kvalitativ datainnsamling.....	30
3.3 Metodologisk analyse av problemstillingen.....	31
3.4 Valg av undersøkelsesdesign.....	32
3.5 Det kvalitative intervjuet.....	33
3.6 Utvalg og rekruttering	34
3.7 Informantene	35
3.8 Gjennomføring av intervju	35
3.9 Analyse av kvalitative data.....	37
3.10 Reliabilitet og validitet	38
3.11 Styrker og svakheter ved valgt metode	39
3.12 Etske aspekter.....	40
4. Analyse	41
4.1 Ledernes bakgrunn	41
4.1.1 Erfaring.....	42

4.1.2	Personlighet	46
4.1.3	Kjønn	49
4.1.4	Organisasjon	52
4.2	Atferd	54
4.2.1	Lederstil	54
4.2.2	Behov og motivasjon	57
4.3	Informantenes tanker om strategi	59
5.	Drøfting	63
5.1	Ledernes bakgrunn	63
5.1.1	Erfaring	63
5.1.2	Personlighet	64
5.1.3	Kjønn	66
5.1.4	Organisasjon	68
5.2	Atferd	69
5.2.1	Lederstil	69
5.2.2	Behov og motivasjon	70
5.2.3	Informantenes tanker om strategi	71
6.	Konklusjon	73
6.1	Begrensninger og forslag til videre forskning	75
6.2	Implikasjoner og anbefalinger	76
	Litteraturliste	77
	Vedlegg	82

Oversikt over tabeller

Tabell 1.1 De seks største sykehusene, antall ansatte og fordelingen i toppledelsen.

Tabell 2.1 Femfaktormodellen Costa og MacCrae

Oversikt over figurer

Figur 1.1. Forenklet oversikt over sykehusenes organisering

Figur 2.2 Analysemodell

Figur 5.1 Analysemodell med fokus på bakgrunn

Figur 5.2 Analysemodell med fokus på atferd

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 2 Intervjuguide

Vedlegg 3 Godkjent søknad til NSD personvernombudet for forskning

1. Innledning

1.1 Aktualisering og valg av problemstilling

Sammenliknet med andre land i Europa er Norge langt fremme innen likestilling. Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser imidlertid at det fortsatt er store kjønnsmessige variasjoner innen arbeidslivet. I artikkelen “ *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet i Norge* ” viser Frøydis Bakken at på tross av at Norge har en av de høyeste andelene yrkesaktive kvinner har vi samtidig et av de mest kjønnsdelte arbeidsmarkedene i verden (2009, s 79). Nyere statistikk bekrefter kjønnsdelingen og viser til at det er et klart flertall av kvinner som jobber innen helse- og sosialsektoren og undervisningssektoren, mens industrinæringene og bygg og anleggsnæringene har et betydelig flertall av menn (Statistisk Sentralbyrå, 2017). Videre viser statistikken at kun en tredjedel av norske ledere er kvinner, mens kun en fjerdedel av toppledere er kvinner (ibid).

LO-leder Gerd Kristiansen påpeker at forskjellen i toppledelsen heller henger sammen med kjønnsroller, forventninger og hvordan en legger til rette, enn at kjønnsforskjellene skyldes at kvinner ikke vil ta ansvar (Aftenposten, 2014). NHO-sjef Kristin Skogen Lund mener på den andre siden at kvinners underrepresentasjon øverst i næringslivet i større grad skyldes kvinners egne valg (ibid).

Den lave kvinneandelen i toppledelsen i helsesektoren er særlig markant. Helseministeren Bent Høie aktualiserte dette i sin sykehustale på kvinnedagen 8.mars 2016:

”Helseminister Bent Høie (H) viste i sin sykehustale til den store andelen kvinnelige ansatte i spesialisthelsetjenesten. Han etterlyste flere kvinnelige toppledere i sykehussektoren, og uttrykte en forventning om at toppledelsen i helseforetakene jobber aktivt med å rekruttere kvinner til lederstillinger.

– Om lag 80 prosent av ansatte på sykehus er kvinner, men kun 40 prosent er toppledere. Det er en påfallende underrepresentasjon. Mye kan tyde på at vi har et glasstak, og det vil jeg bidra til å knuse, skriver helseminister i en e-post til Sykepleien.” (Sykepleien.no, 2016).

Målfrid Bordvik (2016) viser til Laila Nordstrand Bergs (2015) doktoravhandling hvor det fremkommer at det fortsatt er flest menn i toppledelsen på norske sykehus. I doktoravhandlingen etterlyser Berg mer forskning på kjønn og ledelse og hevder at det kan være ulike mekanismer i sykehusene som kan føre til utestenging av kvinner eller at kvinner ikke tør eller vil søke topplederstillinger (ibid). De ulike mekanismene i sykehusene som Berg viser til kan være flere, eksempelvis har sykehusene i Norge gjennomgått mange store endringer, særlig de siste 50 årene.

Historisk sett har den hierarkiske grupperingen av helsepersonell hatt et sosialt mønster som har vært forutsigbart. Leger, sykepleiere, hjelpepleiere og andre med helsefaglig bakgrunn har ulike roller og rangeres forskjellig. Eksempelvis er leger over sykepleiere og sykepleiere er over hjelpepleiere. Dette hierarkiet ble utfordret gjennom sykehusreformen som åpnet opp for at andre yrkesgrupper enn leger kan bli ledere (Johannessen og Olaisen, 2007). I oppgaven blir dette hierarkiet omtalt som kompetanshierarkiet.

I tillegg til at legeyrket har vært på toppen av kompetanshierarkiet, har yrket også vært sterkt mannsdominert, dette er på vei til å endre seg. Når en ser på høyere helsefaglig utdanning har sykepleierutdanningen historisk sett vært dominert av kvinner og medisinstudiet av menn. Med tiden har andelen kvinner som kommer inn på medisinstudiet økt. Under opptaket høsten 2015 og våren 2016 var det hele 71% kvinner som ble tatt opp til medisinstudiet i Norge (Engen, 2016). Dette viser at flere kvinner utfordrer det tidligere mannsdominerte hierarkiet på sykehuset. Det er fortsatt slik at det er flest jenter på sykepleiestudiet, og dermed flest kvinnelige sykepleiere i norske sykehus. Andelen menn som arbeider som sykepleiere i Norge er omtrent ni prosent. Det er en betraktelig lavere andel enn flere land i Europa (nrk.no, 2016). Sykehus som arbeidsplass er sammensatt av ansatte med ulik formell bakgrunn og er en arbeidsplass hvor ulike profesjoner jobber tett sammen. Ledelse består dermed ofte av

ansatte med profesjonsbakgrunn. I boken “Profesjon og ledelse” (2016) påpekes det at for lite forskning foreligger på ledelse av yrkesutøvere med profesjonsbakgrunn. Døving et al. (2016) viser til Larson (1977) og Malatesta (2011), som forklarer at mangelen på forskning på ledelse innen profesjonsforskningen kan være et resultat av at de klassiske profesjonene opprinnelig var “*a club of gentlemen*”. Leger var eksempelvis oftest menn fra de øvre sosiale lag og så på seg selv som sine egne herrer.

Gerd Liv Valla uttalte i Dagbladet Magasinet (13.07.2002)

“Det å ta makt er tøffere for en kvinne enn for en mann. Fordi en mann går inn i et etablert system, mens en kvinne bryter med det.” (som sitert i Einarsen et al. 2014)

Dette sitatet kan beskrive ledelse på sykehus godt, da kvinnelige ledere ved sykehus bryter med både kjønnshierarkiet og noen av dem også med kompetansehierarkiet.

Vi finner det interessant at på en kvinnedominert arbeidsplass der omtrent 80% av de ansatte er kvinner, er det menn som dominerer i toppledelsen. Etter nærmere undersøkelse av temaet ser vi også at mer forskning etterlyses (Bordvik, 2016). Kvinnelige ledere i sykehusledelsen står i en spesiell posisjon hvor de bryter med tradisjonelle systemer og hierarkier. De kvinnelige toppledere på sykehus er også i mindretall og det er disse vi ønsker å undersøke. Vi ønsker å undersøke nærmere hvordan de kvinnelige topplederne, i sin posisjon som leder, oppnår innflytelse, påvirkningskraft og hvordan møter de de forventningene som ligger til rollen som leder og som kvinne. På bakgrunn av dette har vi utledet følgende problemstilling:

Hvordan oppnår kvinnelige toppledere ved norske sykehus innflytelse?

Hvilke strategier benytter de seg av for å oppnå innflytelse?

For å kunne forstå dagens situasjon vil vi videre presentere utviklingen av sykehuset som institusjon og de reformer som har preget sykehusene. Vi vil avslutningsvis legge fram hvordan vi har avgrenset oppgaven og begrunne valg av informanter.

1.2 Bakgrunnshistorikk

Fra å være et sted hvor syke fattige kunne oppholde seg har dagens spesialiserte sykehussektor blitt den mest ressurskrevende sektoren i norsk samfunn. Utvidelsen av sektorens omfang knyttet til befolkningsveksten gjennom de siste 150 årene, ny kunnskap innen medisin og ny teknologi (Statistisk Sentralbyrå, SSB.no Sykehusstatistikk 1853-2002).

Sykehusene har tradisjonelt sett vært styrt med en kombinasjon av sterk profesjonskontroll og hierarkisk regulering (Grund, 2000). Politiske interessenter, fagprofesjoner på sykehus og i academia har engasjert til stor debatt rundt ledelsesformen på norske sykehus de senere år. I de siste tretti årene har styringsmodellene grovt sett utviklet seg i fire etapper.

På 1970-tallet var både den interne og eksterne kompleksiteten relativt enkel og byråkratimodellen rådet. Fokuset var på likestilling og demokrati, og det var hovedsakelig legeprofesjonen som dominerte i ledelsessammenheng (Johannessen og Olaisen, 2007).

På 1980-tallet økte den interne kompleksiteten på norske sykehus og profesjonsmodellen rådet. Det ble stilt større krav til produktivitet og effektivitet. Krav om økt samordning og ledelse i sykehusene, førte til økende debatt om delt ledelse versus enhetlig ledelse. I forbindelse med dette ble noen av de administrative funksjonene overført til sykepleierne. Legene fortsatte å lede i det medisinske hierarkiet, sykepleierne regjerte i sitt, mens et administrativt hierarki oppstod ved siden av (ibid). Denne reformen la opp til at det skulle være en leder på hvert av de organisatoriske nivåene og til forskjell fra før 1970-tallet skulle de nye stillingene nå være profesjonsnøytrale. Dette åpnet dermed opp for at personer med andre bakgrunner enn legebakgrunn kunne søke på lederstillinger. En kan si at det tradisjonelle kompetansehierarkiet ble utfordret (Berg, 2015).

På 1990-tallet ble den eksterne kompleksiteten økt. Dette kom som følger av økte forventninger og teknologisk utvikling gav muligheter til å tilfredsstille flere behov og ønsker

enn tidligere. Presset på sykehusene og profesjonene økte betraktelig på grunn av økt etterspørsel av nye og bedre tjenester. Balansen mellom forventninger og muligheter ble en utfordring og styringsmodellen utviklet seg. Divisjonsmodellen hadde fokus på styring og kontroll og valgfrihet (Johannessen og Olaisen, 2007).

Utover 2000-tallet økte den interne kompleksiteten igjen ved at flere nye lover ble vedtatt på slutten av 1900-tallet og starten av 2000-tallet. Det ble innført innsatsstyrt finansiering, fritt sykehusvalg, fastlegeordning og sykehusreformen. Sykehusreformen, eller lov om helseforetak, innebærer mange andre lover som regulerer driften av helseforetaket. Kommunikasjonsmodellen vokste her fram da kommunikasjon er den ledende koordineringsmekanismen når det gjelder stor kompleksitet, både internt og eksternt. Det er stor endringstakt og stadig økende krav om kunnskapsproduksjoner for å dekke de behov og forventninger helseforetakene står overfor (Johannessen og Olaisen, 2007)

Skiftet i eierskap av sykehusene fra offentlige og private eiere til fylkeskommunene, den teknologiske utviklingen, etablering av nye helseprofesjoner og profesjonalisering av sykepleien kan være medvirkende årsaker til at legene ble utfordret av andre profesjoner med lederutdannelse, blant annet sykepleierne (Berg, 2015)

I Norge er sykehusene i dag organisert i fire regionale helseforetak (RHF), og det er helse- og omsorgsdepartementet som har overordnet ansvar for alle sykehus i Norge. Sykehusenes oppgaver er å tilby befolkningen spesialisert behandling, drive med forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. De offentlige sykehusene eies av staten (Regjeringen.no, 2014)

Det har dermed skjedd flere store forandringer innen helsesektoren de siste årene og spesielt når det kommer til ledelse. Fra å være legestyrt ledelse er det åpnet opp for ledere med annen bakgrunn. Legeyrket i seg selv har også gjennomgått forandringer i den grad det ikke lenger er et mannsdominert yrke og flere kvinner søker seg inn på medisin. Dette åpner opp for flere

kvinnelige ledere på sykehus. Kvinner, både med og uten legeutdanning, har nå større mulighet for å få lederstillinger ved sykehus. Flere kvinnelige ledere vil videre kunne bidra til at andelen kvinnelige toppledere også øker og at kjønnsbalansen i toppledelsen blir jevnere.

For å vise den kjønnsforskjellen som gjelder i dag gjennomførte vi en undersøkelse av de seks største sykehusene i Norges fire regionale helseforetak. Utvalget av disse sykehusene representerer store deler av landet.

Tabell 1.1 De seks største sykehusene, rangert etter antall ansatte, og viser fordelingen av kvinner og menn i toppledelsen. (Hentet fra sykehusenes nettsider, verifisert oppdaterte organisasjonskart per mail hos 5 av 6 sykehus dato 20/2-17)

Sykehus	Antall ansatte	Antall kvinner i toppledelsen	Antall menn i toppledelsen	Prosentandel kvinner i toppledelsen
Oslo Universitetssykehus (Helse Sør-Øst)	20 000	5	17	22,73%
Haukeland Universitetssykehus (Helse Vest)	12 000	15	17	46,88%
St. Olavs Hospital (Helse Midt-Norge)	10 000	14	15	48,28%
Akershus Universitetssykehus (Helse Sør-Øst)	9000	4	11	26,67%
Stavanger Universitetssykehus (Helse Vest)	7000	6	9	40%
Universitetssykehuset Nord-Norge (Helse Nord)	6000	6	10	37,5%
Gjennomsnitt				37,01%

Som tabellen viser er det St. Olavs hospital og Haukeland Universitetssykehus med 48,28% og 46,88% som har den høyeste andelen kvinner i toppledelsen og Oslo universitetssykehus

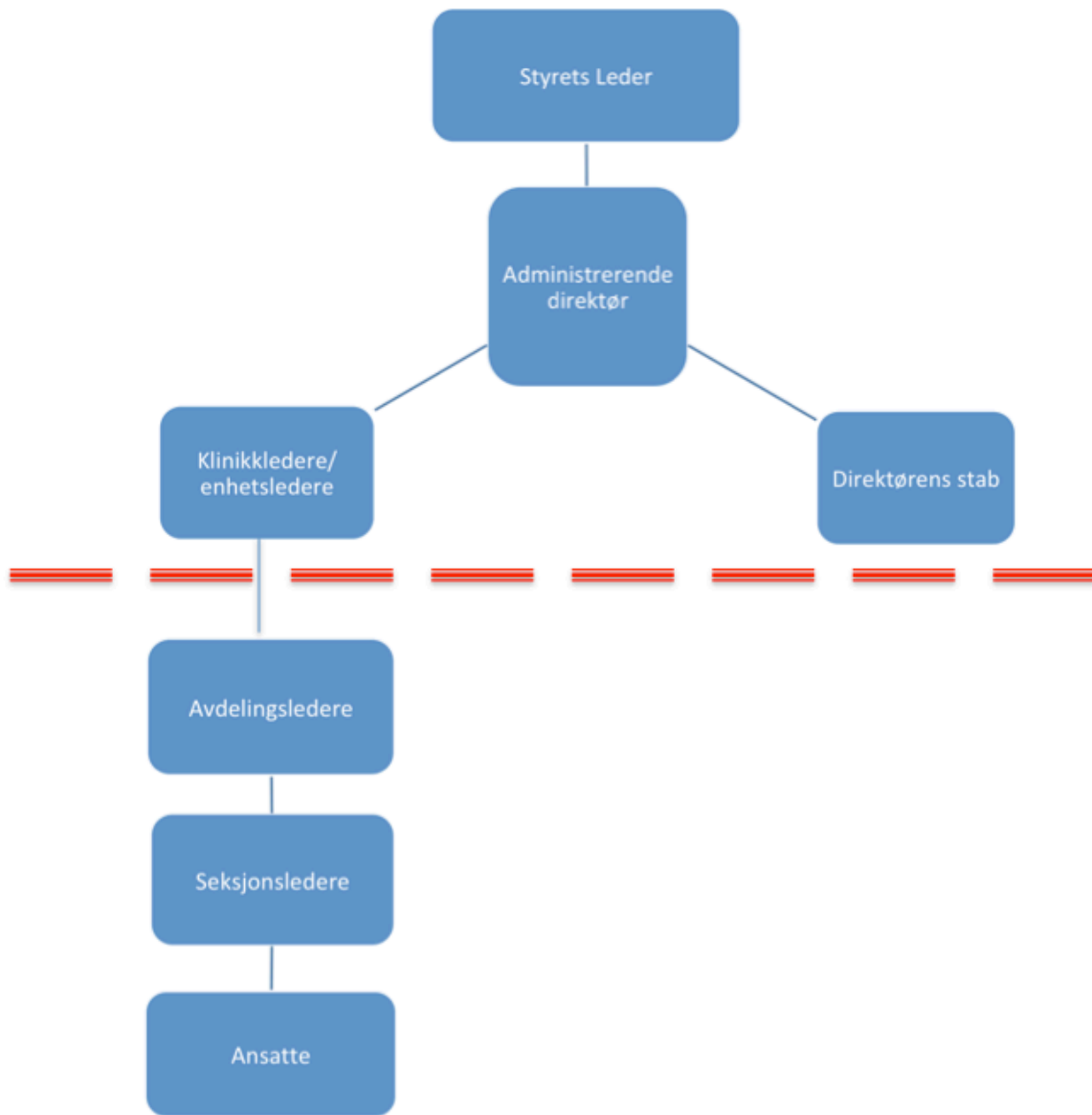
som har den laveste, 22,73%. Den gjennomsnittlige andelen kvinner i toppledelsen er 37,01%. Generelt er ikke dette en lav kvinneandel i toppledelsen. Som nevnt utgjør kvinner omtrent 80% av de ansatte i helsesektoren. Det er ved sammenligning av andelen kvinner i toppledelsen med andelen kvinnelige ansatte i organisasjonen den skjeve kjønnsbalansen blir tydelig.

1.3 Avgrensninger

For å kunne svare på problemstillingen har vi valgt å avgrense vårt forskningsområde til kvinnelige toppledere ved norske sykehus, med helsefaglig bakgrunn. Den lave andelen kvinnelige toppledere er særlig markant, og derfor falt valget på den øverste ledelsen. Vi har videre valgt å fokusere på de med helsefaglig bakgrunn da disse representerer flertallet av de kvinnelige ansatte ved sykehusene.

Vi har videre valgt å gjennomføre vår undersøkelse ved et av sykehusene med relativt høy andel kvinner i ledelsen. På denne måten fikk vi tilgang til flere kvinner som hadde erfaring som toppleder og som dermed også hadde erfaring i hvordan en får innflytelse, som er hovedtema i vår oppgave. For å kunne ivareta informantens anonymitet best mulig har vi valgt å ikke navngi sykehuset det er gjort undersøkelser på.

Toppledelsen på sykehus består av flere nivåer og for å skape en bedre forståelse for hvordan sykehusene er organisert har vi fremstilt dette grafisk.



Figur 1.1 Forenklet oversikt over sykehusenes organisering inspirert av offentlige organisasjonskart. Eksempelvis fra Oslo Universitetssykehus og St. Olavs Hospital (Oslo-universitetssykehus.no, StOlav.no)

Sykehusenes øverste leder er styreleder, men det er administrerende direktør som er øverste leder i daglig drift. Direktørgruppen består av blant annet kommunikasjonsdirektør, fagdirektør, personaldirektør, organisasjonsdirektør, økonomidirektør, forskningsdirektør, samhandlingsdirektør, administrasjonsdirektør og viseadministrerende direktør. Disse direktørene rapporterer direkte til administrerende direktør. Den andre gruppen som rapporterer til administrerende direktør er klinikkdirektørene, også ofte kalt klinikkledere eller klinikkssjefer. På samme nivå som klinikklederne er også divisjonslederne.

For å synliggjøre hvor skillet går mellom mellomledergruppen og toppledergruppen har vi markert dette med en tykk stiplestrek. Mellomledergruppen består av avdelingsledere som har personalansvar for de respektive seksjonene, avdelingene og enhetene. Seksjonsledere har ansvaret for eksempelvis sykepleiere, poliklinikk og operasjon. Noen av de ansatte rapporterer til seksjonsleder, andre til avdelingsleder, noen begge deler.

Ettersom et av våre kriterier var at vi ønsket å undersøke kvinnelige toppledere med helsefaglig bakgrunn valgte vi informanter som hadde stilling som klinikkssjef. Denne gruppen representerer ledere som har muligheten til å påvirke både oppover i toppledelsen og nedover til avdelingene. På denne måten fikk vi muligheten til å undersøke hvordan de oppnådde innflytelse både oppover og nedover.

1.4 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel 2, teoridelen, vil vi presentere det teoretiske grunnlaget vi synes var nødvendig for å kunne svare på problemstillingen. Temaer som sykehusledelse, kjønn, ledelse generelt og ulike metoder for å oppnå innflytelse og makt vil belyses nærmere. I kapittel 3, metodenedelen, vil vi beskrive nærmere forskningsdesignet vi har brukt og de refleksjoner vi har gjort rundt vår rolle som forskere.

Kapittel 4 er vårt analysekapittel og her vil vi presentere det som er kommet fram i de fem intervjuene. Funnene vil bli drøftet opp mot teorien i kapittel 5 før vi avslutningsvis legger fram vår konklusjon i kapittel 6.

2. Teori

Formålet med dette kapitlet er å legge grunnlaget for å kunne svare på problemstillingen. Vi vil innledningsvis presentere hva som er spesielt med ledelse på sykehus. Videre vil vi redegjøre for kjønnsbegrepet og legge frem tidligere forskning på kvinner og ledelse.

Teoridelen vil videre ta for seg hvordan en oppnår innflytelse og hva som påvirker valg av ulike strategier for å oppnå innflytelse. Viktige begreper som makt, autoritet, innflytelse og påvirkning vil defineres underveis. Avslutningsvis vil vi i oppsummere teorien i en analysemodell.

2.1 Ledelse i norske sykehus

Sykehus er som tidligere nevnt en kompleks organisasjon. Vi vil beskrive ytterligere hvordan ledelsen på sykehus er organisert og hva som er fokus når det gjelder ledelse på sykehus.

De involverte i styringsprosessen av sykehus er politikere, helseprofesjonene og administrasjonen. For ordens skyld deler vi profesjonene her i to grupper, leger og sykepleiere. Politikere ønsker først og fremst kortest mulig ventelister og lavere kostnader per liggedøgn. Administrasjonen er opptatt av fordeling og administrering av bevilgningene som blir tildelt. På den andre siden er det viktigste for legene den faglige kompetansen og behandlingskvaliteten, og sykepleierne har fokus på utnyttelse av sengekapasitet, omsorg og pasientpleie (Johannessen og Olaisen, 2007).

Det hjelper ikke at de involverte aktørene har fullstendig fokus på sine oppgaver når ingen av aktørene fokuserer på helheten og sammenhengene. Sammenhengsperspektivet ble derfor viktig for den norske helsereformen med fokus på overordnet organisering. På denne måten

kommer helsereformen på et overordnet nivå og gir ingen eller få styrende retningslinjer for ledelse og organisering i de enkelte sykehus (Johannessen og Olaisen, 2007).

Sykehusene må drives fremover med faglig profesjonalitet, men det er også behov for lederkompetanse. En kan si at vi trenger ledere på fire forskjellige nivåer på norske sykehus. Operative ledere som arbeider pasientnært, klinikkledere som fokuserer på sammenhenger, medisinske ledere som er orientert mot endringer i omverdenen og ledere av helseforetak som arbeider på strategisk nivå (Johannessen og Olaisen, 2007).

Den totale styringslogikken i norske sykehus består av to frittstående styringsfilosofier; den helsefaglige og den foretaksfaglige. Hvilken styringsfilosofi man fokuserer på påvirker hvilke handlinger en gjør, hva en anser som problemer og hvordan en vil løse problemene. Hvilke styringsfilosofi en fokuserer på vil variere fra person til person. Dersom en type styringsfilosofi får større gjennomslag enn andre, vil derfor noen personer, posisjoner og relasjoner gå på bekostning av andre personer, posisjoner og relasjoner (Johannessen og Olaisen, 2007).

2.2 Profesjonsledelse

Når ansatte med faglig bakgrunn inntar lederstillinger i sykehus må de ikke la seg styre av sine personlige og faglige ambisjoner, men danne en ny identitet. Det er ikke lenger egne interesser og fagfelt som skal stå i fokus og en skal heller ikke konkurrere med organisasjonens fagfolk. Lederens viktigste oppgave blir å få frem det beste ut av de faglige medarbeiderne slik at de kan lykkes (Døving et al. 2016).

Formelle lederroller gir lederen legitim makt. I en profesjonell organisasjon, som et sykehus er, ligger derimot makten ofte i den uformelle maktrelasjonen, som viser til at ledere ofte har en naturlig autoritet, uten å være autoritær, gjennom sin personlighet eller faglige bakgrunn.

“ Makt gir ikke legitimitet før den brukes og skapes i nettverk både i og utenfor organisasjonen ”(Døving et al. 2016).

Å vurdere hvordan makt bør brukes i praksis er krevende for ledere. Å bruke makt på en god måte forutsetter at lederen har forståelse av kommunikasjon, regi og timing, sosial intelligens, evner å skape relasjoner og å gjennomføre beslutninger når nødvendig informasjon foreligger (ibid).

Det finnes ingen oppskrift på hvordan profesjonelle organisasjoner skal ledes, organiseres og styres. Et sykehus er først og fremst en politisk styrt organisasjon og må dermed sees ut ifra de finansieringsmuligheter, lover og budsjetter som myndighetene setter. Fra sykehusets side dreier det seg om å tolke og tilpasse seg de føringene politikerne legger og ut i fra dette posisjonere seg overfor forbrukerne (Døving et al. 2016).

Hvem som bør være ledere er mye omdiskutert i sykehusene. De ulike fagdisiplinene vil helst ledes av sine egne og på tross av den nye reformen om “profesjonsnøytral” ledelse er det stadig uenigheter mellom leger og sykepleiere om hvem som bør lede de ulike avdelingene (Døving et al. 2016). Dette fører til at det lett kan oppstå konflikter og rivalisering. Det at de ansatte tilhører ulike profesjoner, har ulik bakgrunn og at deres formelle utdanning blir tillagt stor vekt kan ofte skape samarbeids- og styringsproblemer (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Flere reformer har preget de norske sykehusene og lagt føringer for hvordan de bør ledes. Samtidig er det lagt ned stor innsats for å styrke ledelsesfunksjonene i helsevesenet. Det er blant annet blitt etablert et nasjonalt topplederprogram som skal bidra til at fremtidens toppledere i spesialisthelsetjenesten har et felles sett av kunnskaper, verdier og ferdigheter. Videre er det opprettet flere utdanninger innen helseledelse ved flere høyskoler og

universiteter (Døving et al. 2016). Erna Solbergs regjering har også lagt til rette for at det, i Kompetanseløftet 2020, skal bygges ut lederutdanninger for den kommunale helse og omsorgstjenesten (ibid).

I forbindelse med dette kompetanseløftet uttalte Bent Høie:

“Vi greier ikke å skape pasientenes helsetjeneste uten å satse på samhandling, organisering og ledelse og viktigst av de tre er ledelse” (Høie, i Døving et al 2016).

2.3 Kjønn

I denne oppgaven studerer vi hvordan kvinnelige ledere på sykehus oppnår innflytelse. Sykehusene har sterke tradisjoner knyttet til kjønn, og kjønn blir derfor et viktig tema i oppgaven.

Når det gjelder forskning på kjønn blir kjønn ofte forstått som et sosialt konstruert fenomen. Kjønn blir også sett på som noe som er kontekstavhengig og som endrer seg over tid. Forestillingene om hva en kvinne er og hva en mann er, skapes og vedlikeholdes over tid. Innen ulike organisasjoner er det implisitte forestillinger om kjønn, og kjønn konstrueres i organisasjonsprosesser (Irgens og Wennes, 2011). Kjønnede prosesser betyr at vi knytter ulike ulemper, fordeler, følelser, betydninger, og kjennetegn til det å være mannlig eller kvinnelig, feminin eller maskulin (ibid).

Kjønn kan dermed være noe som forhandles frem. Det som kvinner får gjøre og det de gjør i organisasjonen legger føringer for hvordan en oppfatter kvinner og menn. I sykehus som institusjon er eksempelvis den tradisjonelle forståelsen av kjønn at kvinner er sykepleiere og menn er leger, og at menn er ledere og kvinner er ansatte. Kvinner som blir leder på sykehus bryter dermed med den tradisjonelle forståelsen av kjønn og omformer på denne måten

normen for hva kvinner "kan" gjøre. På denne måten bidrar de også til mer likestilling da noe av det som tidligere ble tillagt å være en oppgave for mannen blir en oppgave som etterhvert også blir knyttet til kvinnen. At forestillingene skapes og vedlikeholdes over tid betyr at dette ikke nødvendigvis er en enkel prosess, men en prosess som kan møte motstand (Irgens og Wennes, 2011).

2.3.1 Kjønn og ledelse

Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at det i studier hvor en har studert lederstil med tanke på kjønn kommer det frem at kvinnelige ledere er mer åpne for andres synspunkter og at de kommuniserer på en mer kompleks måte enn menn, spesielt ved bevisst bruk av kroppsspråk. Videre viser det seg at kvinner er mer samarbeidsorienterte og mindre konkurranseorienterte, og at de legger større vekt på følelser enn på analyse.

Kvinner bruker også makt på en annen måte enn menn. Det viser seg at kvinner bruker mindre tvangsbasert og nyttebasert makt enn mannlige ledere, og kvinnelige ledere har vist seg mer omsorgsfulle og mer opptatt av sine medmennesker. En kan ut i fra dette si at kvinner kan ha en mer fleksibel, samarbeidsorientert og intuitiv lederstil (ibid) Empiriske studier har imidlertid også vist at det er svært få forskjeller mellom mannlige og kvinnelige ledere når en trekker fra variabler som alder, stillingsnivå og andre organisatoriske forhold. Det har også vist seg vanskelig å si om forskjellene i kjønn gir seg utslag i ulik effektivitet som leder (ibid).

Forskjellen i forventningene til en mannlige og en kvinnelige ledere er mer tydelige (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Kvinner med en oppgaveorientert lederstil blir for eksempel vurdert som mindre effektive enn sine mannlige kollegaer med samme lederstil. Det har også vist seg at det ligger sterkere forventninger om at kvinnelige ledere skal være mer omsorgsfulle og følsomme enn menn. Samtidig har det vist seg at kvinnelige ledere både møter forventninger om å inneha typisk "kvinnelige egenskaper" som samarbeidsorienterte og omsorgsfulle, samtidig som de skal ha "mannlige egenskaper" som instrumentelle og effektive (ibid).

2.3.2 Tidligere forskning på kjønn og ledelse

Det finnes mye forskning på kvinner og ledelse generelt. Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at forskning på kjønn har fått et stadig økende fokus innen organisasjonslitteraturen. Når det gjelder lønnsulikheter, karrieremuligheter og spørsmål rundt makt og innflytelse kommer kvinner stadig dårligere ut enn menn. Forskningen på kjønn viser også at det er sosialt konstruerte maktforhold integrert i kjønnsforhold som favoriserer menn. Disse maktrelasjonene reproduseres over tid gjennom blant annet kjønnsbaserte tradisjoner for rekruttering, arbeidsdeling og karriere (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Et kjent begrep med tanke på denne favoriseringen er glasstaket.

Glasstaket er et internasjonalt begrepet og empirien indikerer at glasstaket eksisterer også i høyt likestilte land som Norge. (Traavik og Richardsen, 2009 i Martinsen, 2009). I nyere litteratur har det kommet et nytt perspektiv som betegner glasstaket som fenomen for snevert. Det er ikke kun på toppledernivå kvinner får utfordringer med å komme til, utfordringene gjelder på alle nivå gjennom hele yrkeslivet. I følge Eagly og Carli (2007) bør en se på disse barrierene som en labyrint gjennom organisasjoner som kvinner må finne frem i. De advarer mot å begrense seg til glasstaket som eneste problem og årsaksforklaring. Med glasstaket er det lett å tro at kvinner kun har problemer med å nå toppledelsen i en organisasjon. Strukturelle barrierer i organisasjoner påvirker kvinner på alle nivåer av ledelse. Det handler ikke om å bare få flere kvinner i toppledelsen, men om utfordringer som å balansere familie og jobb, takle flere roller og stereotypier på alle nivå. Kvinner må dermed navigere gjennom komplekse labyrinter gjennom hele karrieren. Likevel er begge perspektivene viktige å forstå (Traavik og Richardsen, 2009, i Martinsen, 2009).

Det er ofte disse strukturelle barrierene som kvinner møter i organisasjoner som betegnes som hindringer i yrkeslivet. Dette kan være et resultat av organisatoriske prinsipper og praksis som tilfeldig påvirker hvordan karrieren utvikles for både kvinner og menn. I tidligere studier påpekes at kvinners karriere kan være undertrykt på grunn av færre muligheter, lite makt og mangel av mentorer eller rollemodeller i organisasjonen, samtidig som utviklingsmulighetene gjennom stimulerende oppgaver (ibid).

Morrison et al. (1992) trekker frem seks særlige typer barrierer som betydelige for kvinner i arbeidslivet. Disse innebar faktorer som fordommer, dårlig karriereplanlegging og få muligheter for utvikling, mangel på støttende arbeidsmiljø og mangel på politisk anlegg, det tradisjonelle mannsnettverket og å balansere karriere og familie. På bakgrunn av dette er det tre viktige komponenter som bør inkluderes i tiltak for økt kvinneandel i toppledelsen: *utfordring, anerkjennelse og støtte* (Morrison et al. 1992, referert i Martinsen, 2009).

Forskningen peker på flere barrierer når det gjelder kvinner og ledelse og det er stor konsensus om disse. I følge Traavik og Richardsen (2009, i Martinsen 2009) er de vanligste barrierene mangel på mentorer, rollemodeller, signifikante arbeidsoppgaver, fleksibilitet i arbeidet og ekskludering fra tradisjonelle nettverk og den beryktede "*Gutteklubben Grei.*" Det er gjort relativt lite forskning på de ulike barrierene for kvinners likeverdige deltakelse i arbeidslivet i Norge. De undersøkelser som er gjort har indikert at slike barrierer har medvirket til lavere jobbtilfredshet, færre muligheter for karriereutvikling og dårligere helse (Traavik og Richardsen, 2009, i Martinsen, 2009).

Andersen (2011) viser til at det er mye motstridende forskning på forskjeller mellom menn og kvinner som ledere. Enkelte mener det er store forskjeller, mens andre mener det ikke er forskjeller. Av de som mener at det er en forskjell er blant annet Eagly & Johanson (1990), referert i Andersen, (2011) som hevdet at den største forskjellen mellom menn og kvinner var at kvinner hadde en mer deltagende lederatferd, mens menn hadde en mer styrende lederatferd. Andre studier viser at kvinner er mer opptatt av fellesskap og mindre opptatt av formell makt, mens menn er mer opptatt av måloppnåelse (Andersen, 2011). Gibson (1995), referert i Andersen (2011), hevdet på sin side at det ikke var noen forskjell for noen av dimensjonene i lederstil.

2.3.3 Feminisering av lederrollen og legerollen

I boken “Kunnskapsarbeid” av Irgens og Wennes (2011) er det blant annet fokus på kvinner som kunnskapsarbeidere og hvordan deres deltagelse i organisasjoner fører til at organisasjoner feminiseres (ibid). Med feminisering menes det her hvordan kvinners deltagelse påvirker kunnskapsorganisasjoner. For å knytte feminisering av lederrollen opp til noe konkret bruker Hitland, i Irgens og Wennes (2011), lege-sykepleier relasjonen. Hun viser til at lege-sykepleier relasjonen tradisjonelt sett har vært en mann-kvinne relasjon. Legerollen har tradisjonelt sett vært forbundet med rasjonalitet, vitenskapelighet og raske beslutninger, mens sykepleierne har blitt sett på som et pleie og omsorgsykke (Irgens og Wennes, 2011). Vi knytter dermed omsorg til å være en kvinnelig egenskap, mens vitenskapelighet, rasjonalitet og evne til å ta raske beslutninger tillegges mannen. Legene har også tradisjonelt sett hatt mulighet til å definere sine egne oppgaver, samtidig som de har kunnet definere hvilke oppgaver andre yrkesgrupper skulle ha. Når legerollen har vært knyttet til mannen lenge forbinder vi den med maskulinitet (ibid). Kvinnelige leger kan dermed komme i klem mellom det som tradisjonelt sett forventes av dem som kvinner og det som tradisjonelt sett forventes av legerollen.

Studien til Gjerberg (2004) referert i Irgens og Wennes (2011) påpeker at kvinnelige leger må være mer høflige og vennlige for å få den samme assistansen som mannlige leger får automatisk. Kvinnelige leger blir også ofte anklaget for å være tøffe, maskuline og autoritære (Irgens og Wennes, 2011). Dette viser at kvinnelige leger må forme sin legerolle på en annen måte enn menn. Bevisst eller ikke, er de klar over at kjønn spiller en rolle og de finner andre måter å få den assistansen de ønsker på. For kvinnelige leger er det ofte en forventning om at de skal inngå i en “venninnerelasjon” til sykepleierne.

Solberg (1995) referert i Irgens og Wennes (2011) studerte forholdet mellom sykepleierne og leger og kom også frem til at det var forventninger om en “venninnerelasjon”. Dette bekrefter ytterligere at det eksisterer forestillinger om kjønn i helsesektoren og at dette påvirker arbeidsprosessene. Ut i fra at kvinnene former rollene annerledes enn menn kan dermed si det skjer feminisering av organisasjonen.

På samme måte som de kvinnelige legene må forme sine roller annerledes enn menn må de kvinnelige sykepleierne i lederposisjoner gjøre det samme. Lederposisjonene var historisk sett knyttet til menn og leger. Førsteamanuensis Ivan Spehar har forsket på ledelse i norske helseforetak og har blant annet intervjuet 30 kliniske ledere (Spehar, 2016). I et av intervjuene uttalte en sykepleier i en seksjonsleder-rolle følgende:

“Du skal jammen være flink hvis du skal få gehør i en del kliniske miljøer hvis du ikke er lege” (Seksjonsleder, sykepleier).

I forskningen til Ivan Spehars forklarte lederne også hvordan sosiale maktstrukturer ofte favoriserte de lederne som hadde en medisinskfaglig bakgrunn. Studien viste videre at istedenfor å utfordre disse maktstrukturene så det ut til at både leger og sykepleiere heller valgte å tilpasse seg disse. Ulike strategier ble valgt for å utøve innflytelse. Legene valgte å fremheve sin faglige kompetanse for å oppnå og beholde respekt hos sine kollegaer, mens sykepleierne brukte lederrollen og rollen som tilrettelegger for å få innflytelse (ibid).

Vi har nå presentert hvilke forventninger en kvinnelig leder på sykehus møter og hvordan mange av disse forventningene er knyttet opp mot kjønnsbegrepet. For å se nærmere på hva som påvirker de kvinnelige ledernes valg av strategier vil vi i den siste delen av teorien gå dypere inn i ledelse og undersøke hva som påvirker de valg ledere tar.

2.4 Ledelse

Det finnes mange definisjoner på ledelse. Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til at det er stor enighet om følgende forståelse:

“Ledelse er en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd.” (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

I denne oppgaven skal vi studere ledelse som skjer innenfor en organisasjon. Når ledelse skjer innenfor en organisasjon er hensikten med ledelse ofte å få andre til å jobbe mot å realisere bestemte mål, motivere dem til å yte mer og fremme trivsel på arbeidsplassen (ibid). I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) er det flere studier som identifiserer to ulike grunnleggende lederstiler. Den første lederstilen kalles demokratisk eller relasjonsorientert ledelse. Ledere i denne kategorien er opptatt av å utvikle gode relasjoner til sine medarbeidere. Den andre lederstilen kalles autoritær eller oppgaveorientert ledelse. Ledere i denne kategorien interesserer seg mest for produksjon, effektivitet og det å realisere formelle mål (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Organisasjoner har flere fellestrekk. Felles for organisasjoner er eksempelvis at de har et formål og at det finnes flere mennesker i en organisasjon. Flere mennesker skal arbeide for å nå felles mål og for at dette skal la seg gjøre blir det alltid slik at noen får ansvaret for å styre, koordinere, kontrollere og planlegge (Andersen 2011). Dette medfører ulik maktfordeling i organisasjonen og dette legger grunnlaget for organisasjonens struktur. Noen mennesker blir tildelt en rett til å utøve kontroll over andre. Det å oppnå mål gjennom innsats fra flere mennesker resulterer i at enkelte oppnår autoritet med hensyn til det å koordinere, administrere og utøve kontroll over andre menneskers aktiviteter (ibid). Andersen (2011) forklarer at fundamentalt for forståelsen av lederskap er å erkjenne at en leders handlinger er styrt av antagelser om hvordan autoritet og formell makt skal brukes for å oppnå organisasjonens mål, ved hjelp av andre mennesker. I organisasjoner kan ledelse oppfattes som et strukturelt fenomen, men lederskap er også et sosialt fenomen (ibid).

Både makt og autoritet er sentrale begreper når en skal studere ledelse. I vår problemstilling har vi brukt begrepet innflytelse. Vi vil videre gi en grundigere beskrivelse av hva disse begrepene innebærer.

2.4.1 Makt og innflytelse

Det finnes mange definisjoner på makt, påvirkning og innflytelse, og begrepene blir ofte brukt om hverandre. I tillegg henger også begrepene makt og autoritet sterkt sammen (Andersen, 2011). Autoritet i arbeidslivet defineres av Dahrendorf (1950:250) referert i Andersen (2011) som *“Sannsynligheten for at en ordre med et gitt spesifikt innhold vil bli adlydt”*. Makt blir derimot ofte beskrevet som *“å overvinne motstand”*. Autoritetsbegrepet impliserer at individet i siste hånd har et valg og at den underordnedes godkjennelse og aksept har en betydning. Maktbegrepet retter imidlertid mest fokus på den dominerende i relasjonen (Andersen, 2001).

Begrepet makt har historisk sett ofte blitt knyttet sammen med begrepet status. Desto høyere status en person har, desto mer makt har vedkommende. Grunnleggende sett kan makt handle om å kunne utøve press, og påvirkning for å bekjempe andre. Når makt skal beskrives viser en ofte til relasjoner mellom enkeltindivider eller grupper. Johansen (2017) definerer makt slik:

“Å inneha mulighet til å få andre til å tenke, mene eller gjøre noe de ellers ikke ville ha tenkt eller gjort” (Johansen, 2017).

Makt er med andre ord et spørsmål om hvilken mulighet en har til å påvirke (ibid). For å definere begrepet påvirkning snur Johansen om på ordet, “virke på”. Det handler om å kunne ha en virkning på, eller å virke på noen eller noe. Johansen definerer påvirkning som:

“Aktiviteter for å virke på andres tanker, holdninger og handlinger”. (Johansen, 2017)

Påvirkning er i hvilken grad en bruker sitt potensial til å virke på andre (Johansen, 2017). Tett opp til begrepet påvirkning ligger begrepet innflytelse. En interessant observasjon er at innflytelse virker til å være mer positivt ladet enn påvirkning. En undersøkelse Johansen (2017) utførte på studenter viser at hele 85% av respondentene rangerte innflytelse som et mer positivt ladet begrep enn påvirkning (ibid).

Som leder må en ha makt for å kunne påvirke andre og skaffe innflytelse. Vi vil videre beskrive fem ulike kilder til makt som ledere kan benytte seg av for å få innflytelse.

2.4.2 French og Ravens fem kilder til makt

French og Ravens (1959), referert i Andersen (2011), deler makt eller maktens kilder inn i fem kategorier. Den første kategorien kalles belønningsmakt og viser til at den underordnede etterlever den overordnede for å oppnå belønning, som de tror, eller vet at lederen kontrollerer. Den andre kategorien kalles tvangsmakt og viser til at den underordnede etterlever den overordnede for å unngå straff, som de tror, eller vet at lederen kontrollerer. Legitim makt er den tredje kategorien og viser til at den underordnede etterlever lederen fordi den opplever at lederen har en rett til å gi ordre og den underordnede har en plikt til å følge. Ekspertmakt er den fjerde kategorien og her etterlever den underordnede fordi vedkommende antar at lederen har god ekspertise og vet best hvordan arbeidsoppgavene skal løses. Den siste kategorien kalles personlighetsmakt. Denne typen makt viser til at underordnede etterlever fordi de beundrer eller identifiserer seg med eller ønsker å oppnå vedkommendes anerkjennelse (Andersen, 2011).

French og Ravens modell er mye omtalt og har påvirket mye forskning. Forskning har blant annet undersøkt hvilken type makt de effektive lederne benytter seg av, sammenlignet med de ineffektive lederne. De fleste maktstudiene konkluderte med at ekspertmakt og personlighetsmakt var positivt koblet til underordnedes prestasjoner og tilfredsstillelse (Andersen, 2011). For de andre makttypene var det inkonsekvente, ikke signifikante eller negative korrelasjoner med effektivitet. Generelt kan en si at forskningen peker i en retning av at effektive og dyktige ledere benytter seg mest av personlighetsmakt og ekspertmakt. Forskingen er imidlertid blitt kritisert når det gjelder validiteten til målingene av makt og at mindre sosialt aksepterte makttypene som belønning og straff er blitt undervurdert. Yukl (1994:218) referert i Andersen (2011) etterlyser mer forskning for å avgjøre hva bruk av de ulike makttypene betyr og mener at effektive ledere benytter seg av en miks av ulike maktkilder (Andersen, 2011).

Det er også blitt påpekt at modellen til French og Ravens ikke omfatter alle de ulike typene maktkilder som er relevante for en leders effektivitet. Det er ikke bare makten over medarbeiderne, og den underordnedes tilfredsstillelse og prestasjoner, som bestemmer om en sjef er en god og effektiv leder. Makten oppover, altså den makten som lederen har over sine overordnede er også viktig, samtidig som det er viktig med vertikal makt. Den vertikale makten viser til den makten lederen har over andre mennesker som er på samme nivå i organisasjonen som en selv (Andersen, 2011). Yukl (1994:218), referert i Andersen (2011), mener den mengden av posisjonsmakt som er nødvendig for å kunne være en effektiv leder avhenger av type organisasjon, hvilke oppgaver som skal løses og de medarbeiderne lederen skal forholde seg til. Han etterlyser videre mer forskning for å bedre kunne forstå hvilke betydning bruk av de ulike makttypene har og konkluderer med at effektive ledere bruker en miks av de ulike makttypene.

Andersen (2011) beskriver videre at det er åpenbart at en leder trenger noe form for makt for å kunne være effektiv, men at mer makt ikke er synonymt med bedre ledelse. Spørsmålet om hva som er den mest gunstigste kombinasjonen av makt for ledere vanskeliggjøres av den gjensidige koblingen mellom forskjellige makttypene.

Hvilke maktkilde en velger å benytte seg av kan være avhengig av flere faktorer. Personligheten gjør oss til den vi er og styrer vår atferd og de valgene de tar. Hva som motiverer oss og hvilke behov vi har er også en del av vår personlighet. Personligheten er også med å forme den lederstilen er leder har og leder etter. Vi vil i de neste avsnittene presentere teori både om personlighet, ulike lederstiler og motivasjon.

2.4.3 Lederstiler – tre hovedretninger

Lederstil kan defineres på flere måter. Reidar Myrvang (2016) viser i artikkelen ”Hva vil du med din lederrolle” til Hersey og Blanchard (1988:116) sin definisjon:

”Et individs lederstil er det atferdsmønster som denne personen viser når vedkommende forsøker å påvirke medarbeidernes aktiviteter. En persons lederstil involverer en kombinasjon av oppgave- og relasjonsatferd” (Myrvang, 2016)

I artikkelen trekker han frem de tre ulike lederstilene: transaksjonsledelse, transformasjonsledelse og laissez-faire-ledelse (ibid). Transaksjonsledelse kan være en form for ledelse hvor lederen får arbeidsoppgaver gjennomført ved å inngå i et bytteforhold med sine ansatte. Lederen forklarer hva som forventes og kreves av de ansatte, og hva de vil få tilbake dersom de utfører arbeidsoppgavene i henhold til de forventninger og krav som stilles. Den ansatte vil kunne få belønning som anerkjennelse, økonomiske belønninger og mulighet for karriereutvikling. De som ikke utfører oppgavene på en tilfredsstillende måte vil tilsvarende kunne motta ulike sanksjoner. Transaksjonsledelse kan dermed være produksjonsorientert og lederen bruker forventninger om straff og/eller belønning for å oppnå målet. Lederen vil ved transaksjonsledelse for det meste gripe inn dersom arbeidet ikke utføres med tanke på de krav og forventninger som er satt (Myrvang, 2016).

Transformasjonsledelse går ut på at lederen ønsker å øke de ansattes motivasjon og tilfredsstille deres behov for utvikling. Lederen prøver her å hjelpe de ansatte til å nå sitt fulle potensial. Inspirerende motivasjon, idealisert innflytelse, intellektuell stimulering og individuell støtte er viktige faktorer innen transformasjonsledelse. Inspirerende motivasjon omhandler det å formidle en visjon som de ansatte kan identifisere seg med og som de finner meningsfylt og utfordrende. Lederen vil snakke optimistisk og entusiastisk om fremtiden for å samle de ansatte om visjonen. For at lederen skal få oppslutning rundt visjonen blir tillit viktig. For å få tillit må lederen vise at verdiene som visjonen bygger på står i samsvar med den ledelsen som utøves. Lederen kjennetegnes av noe mer enn bare egeninteresse. Lederen vil videre benytte intellektuell stimulering for å fremme nytenkning og kreativitet og oppmuntre til forbedring og problematisering av det som allerede er. I transformasjonsledelse blir den individuelle støtten viktig for at medarbeiderne skal kunne nå sitt fulle potensiale. De sterke sidene til de ansatte blir utgangspunkt for trening og utvikling av medarbeiderne (Myrvang, 2016).

Laissez-faire-ledelse eller ”la det skure – ledelse” kjennetegnes ved at lederen er fraværende når det er behov for vedkommende. Ansvarsfraskrivelse og liten motivasjon av medarbeiderne preger lederstilen. Motivering, individuell omsorg, tilbakemeldinger eller å gi retningslinjer vil være fraværende (Myrvang, 2016).

Flere studier trekker frem transformasjonsledelse som spesielt effektiv og viser til at det er en sammenheng mellom transformasjonsledelse og gunstige reaksjoner hos ansatte. Transformasjonsledelse har blant annet vist seg å skape høyere jobbtilfredshet, bedre samarbeidsklime, mer motiverte medarbeidere og høyere grad av forpliktelse. Dette er direkte effekter som også gir indirekte effekter i form av bedre resultat for virksomheten (Erichsen et al., 2015)

2.4.4 Personlighetstyper

Trekkteori er i dag en viktig del av personlighets psykologisk forskning. Teorien bygger på tanken om at det eksisterer stabile egenskaper ved mennesker som kan bidra til å forklare deres typiske tankesett, atferd og emosjonelle reaksjoner (Martinsen og Glasø, 2014). God ledelse kan være å handle om å påvirke medarbeiderne slik at de bidrar positivt ut fra måloppnåelsen (ibid). Lederen påvirker sine medarbeidere gjennom sin væremåte og måten vedkommende kommuniserer på. En kan ut i fra dette si at personlighet spiller en rolle ettersom atferd på mange måter baserer seg på ens personlighet (ibid)

Det finnes mange definisjoner på personlighet. Når det kommer til ledelse trekker Erichsen et al. (2015) frem Scheldrups (1959) definisjon:

”Personlighet er den mer eller mindre fast organiserte helhet av de for individet karakteristiske måter å reagere på, tankemessig, følelsesmessig og ved ytre atferd” (Erichsen et al, 2015)

Et personlighetstrekk beskriver ikke atferd i seg selv, men kan sees på som et foretrukket eller et naturlig mønster for enkelte måter å reagere og agere på. Ulike situasjoner vil på denne måten kunne være gunstige om de gir mulighet for å uttrykke sine personlighetstrekk, eller ugunstige hvor situasjonen medfører begrensninger på å kunne uttrykke sine personlighetstrekk (Martinsen og Glasø, 2014)

Forskningen har vært delt i spørsmålet på hvor mange personlighetstrekk som er nødvendige for å beskrive menneskets personlighet. Femfaktormodellen, som navnet tilsier, viser til fem forskjellige trekk og en rekke mer spesifikke trekk under hvert hovedtrekk. De fem hovedtrekkene er: nevrotisme, ekstroversjon, åpenhet for erfaring, omgjengelighet og samvittighetsfullhet (Martinsen og Glasø, 2014). De ulike trekkene kan presenteres i en tabell:

Tabell 2.1 Femfaktormodellen Costa og MacCrae (1992) referert i Martinsen og Glasø (2014)

Hovedtrekk:	Beskrivelse	Underliggende trekk
Nevrotisisme	Det å oppleve negative følelser	Angst, fiendtlighet, depresjon, selvbevissthet, impulsivitet, sårbarhet.
Ekstroversjon	Tendensen til å søke seg til/foretrekke stimulerende aktiviteter, for eksempel sosiale sammenkomster	Varme, sosial, selvmarkering, aktiv, spenningsøkende, positive følelser.
Åpenhet for erfaring	Tendensen til nysgjerrighet, fantasi og å oppdatere seg. Det motsatte handler mer om å være jordnær, praktisk og mer regelorientert (lukkethet)	Fantasti, estetikk, følelser, handlinger, ideer, verdier, kreativitet.
Omgjengelighet	Beskriver evnen til empati, ønske om å hjelpe/støtte andre. Det motsatte blir å være mer selvsentrert og opptatt av egne behov, for eksempel å være mer konkurranseorientert.	Tillit, rettfermhet, altruisme, føyelighet, beskjedenhet, følsomhet.
Samvittighetsfullhet	Tendensen til å være pliktoppfyllende, ordnet og motivert, i motsetning til å være mer tilbakelemt.	Kompetanse, orden, pliktoppfyllende, streben etter å prestere, selvdisciplin, betenksomhet.

Alle mennesker har sin egen kombinasjon og ulike sammensetninger av de fem personlighetstrekkene. Forskning på personlighet og ledelse har funnet klare korrelasjoner mellom de fem faktorene og ledelse. Det er blant annet funnet at de som blir ledere har en større toleranse for stress, de er mer ekstroverte, kreative og samvittighetsfulle. Dette viser at de scorer høyt på 4 av de fem faktorene. Omgjengelighet viste seg å ikke ha sterk sammenheng med hvem som blir leder. I nyere undersøkelser viste det seg at de mest

effektive lederne hadde høy toleranse for stress, de var mer ekstroverte, kreative, samvittighetsfulle og omgjengelige. Lederne i disse undersøkelsene scoret dermed høyt også på omgjengelighet og sammenlignet med sine ansatte fant en at lederne scoret høyere på alle de forskjellige faktorene (Erichsen et al. 2015).

Metaanalyser har også påvist kjønnsforskjeller på de ulike trekkene. Kvinner scorer generelt høyere på nevrotisisme, ekstrovertsjon, omgjengelighet og samvittighetsfullhet. Forskning i Norge har også bekreftet at kvinner har høyere verdier på nevrotisisme, åpenhet og omgjengelighet (Martinsen og Glasø, 2014).

Vår personlighet legger også grunnlaget for hva som motiverer oss og på den måten påvirker også motivasjonen og de behovene vi har hvem vi blir og hvordan vi handler.

2.4.5 Motivasjon

Andersen (2011) understreker at det ikke finnes egne motivasjonsteorier for ledere, men at de omfattes av de samme motivasjonsteoriene som vanlige ansatte. McClelland (1990) referert i Andersen (2011) har imidlertid studert lederes motivasjon og hvordan motivasjonen påvirker deres atferd. Han har videre vist at en persons prestasjoner ikke alene er avhengig av personens evner, ferdigheter og kunnskaper, men også i stor grad er avhengig av personens behov for å prestere. Når en skal forklare motivasjon og atferd i arbeidslivet trekker McClelland frem prestasjonsbehovet, maktbehovet og tilhørighetsbehovet som spesielt relevante. De ulike behovene er tillærte og kan forandres over tid (ibid).

Prestasjonsbehovet viser til ønsket om å gjøre noe bedre enn andre, eller mer effektivt, å løse problemer og å få til vanskelige oppgaver. En person med sterkt prestasjonsbehov oppnår tilfredsstillelse ved å gjøre noe bedre og jakter etter nye måter å løse oppgaver på. Folk med sterkt prestasjonsbehov er opptatt av hvor godt de selv gjør det og behovet medfører dermed ikke at en håndterer mellommenneskelige relasjoner godt. Det finnes ikke noe teoretisk

grunnlag for å hevde at en person med sterkt prestasjonsbehov kan knyttes til effektivt lederskap. Det finnes studier hvor sterkt prestasjonsbehov ble knyttet til avansement i arbeidslivet, men dette gjaldt i hovedsak de lederne som hadde ansvar for et fåtall mennesker og som selv gjorde individuelle bidrag (Andersen, 2011).

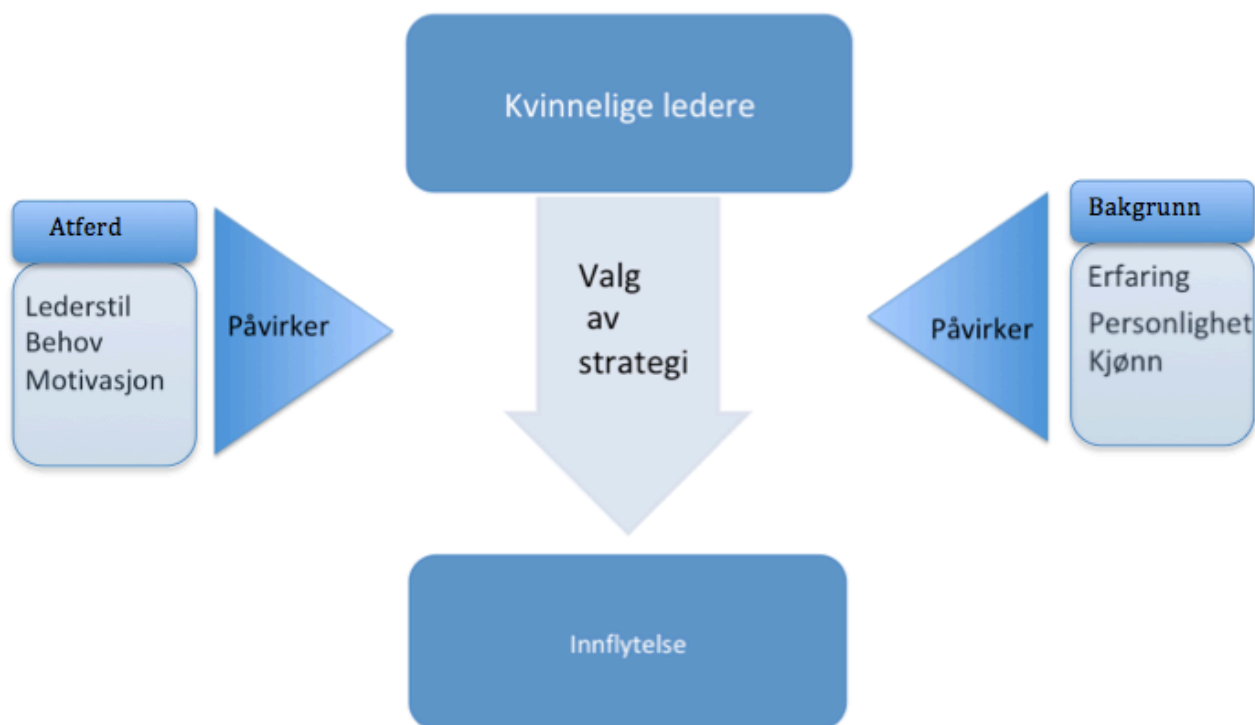
Maktbehovet viser til ønsket om å kontrollere andre personer, påvirke deres atferd eller å være ansvarlig for andre og deres arbeid. (ibid). Makt behovet er således sterkt knyttet til innflytelse og til det å være leder. McClelland (1990) referert i Andersen (2011) viser til at behovet for makt kommer til uttrykk på to ulike måter. Det negative maktbehovet kommer til uttrykk når målet for makten utelukkende er personlig, dette kalles for det personifiserte maktbehovet. Det positive maktbehovet kommer til uttrykk når behovet for makt oppleves å være til det beste for andre, dette kalles for det sosialiserte maktbehovet. Da behovet for makt er knyttet til noe negativt blir folk ofte mistenksomme til personer med stort maktbehov. Maktmotiverte personer er i tillegg ofte mistenksomme til seg selv. En leder må vurdere nøye det å utøve personlig dominans, mot det å utvise den sosiale formen for maktbehov. Lederen står i en vanskelig posisjon hvor for lite initiativ blir sett på som en dårlig lederegenskap, mens for mye initiativ blir sett på som diktatorisk (Andersen, 2011)

Tilhørighetsbehovet viser til behovet og ønsket om å opprettholde og etablere nære og vennlige forbindelser med andre. I følge forskning er høyt tilhørighetsbehov korrelert negativt med effektiv ledelse. Personer med høyt tilhørighetsbehov unngår konflikter og unngår å fatte beslutninger som kan såre andre mennesker (Andersen, 2011)

I studier på ulike behovsprofiler hos ledere kom McClelland (1990) referert i Andersen (2011) frem til at de personene med sterke behov generelt handler som om de er mer motiverte. Høy score på prestasjonsbehovet knyttes til entreprenørmessige handlinger og grovt sagt vil en person med sterkt behov for å prestere gi bedre prestasjoner og resultater. Høy score på maktbehovet knyttes til hyppigere diskusjoner og konflikter og viser seg i flere konkurransepregede og selvhevdende aktiviteter. De som har et sterkt tilhørighetsbehov knyttes til hyppigere sosiale handlinger og er mer sensitive for sosiale stimuli, samtidig som de lærer raskere hvilke relasjoner som finnes mellom andre (Andersen 2011).

2.5 Oppsummering med analysemodell

Oppsummert er det flere faktorer som påvirker hvordan en leder handler og dermed flere faktorer som påvirker hvilke strategier de benytter seg av for å oppnå innflytelse. For å synliggjøre de ulike faktorene har vi illustrert og forenklet teoridelen til en modell.



Figur 2.2 Analysemodell

3. Metode

3.1 Metodisk fremgangsmåte

Dette kapitlet vil beskrive den metodiske fremgangsmåten vi har brukt til innsamling av empirisk materiale. Begrepet *metode* betyr opprinnelig *veien til målet*. For å finne veien mot målet, må vi først vite hva målet er (Kvale, 2015). Målet med denne undersøkelsen er å kunne utdype nærmere hvordan kvinnelige toppledere oppnår innflytelse. Vår fremgangsmåte har vært kvalitativ og det empiriske grunnlaget består av fem semistrukturerte intervju. Vi har intervjuet 5 kliniksjefer som alle hadde helsefaglig bakgrunn. Hensikten med intervjuene var å avdekke informantenes egne erfaringer, opplevelser og tanker rundt hvordan en oppnår innflytelse. I tillegg ønsket vi å finne ut av hvilke strategier de benyttet seg av. Oppgaven har en utforskende tilnærming til problemstillingen og vi har fokusert på ledelse, organisasjonsstruktur og likestilling i arbeidslivet.

3.2 Kvalitativ datainnsamling

Et kvalitativt studiedesign viser hva som er unikt i bestemte situasjoner og fenomener (Olsson & Sørensen, 2003). Vi benyttet oss av semistrukturerte intervju for å samle inn data. Denne metoden var hensiktsmessig for oppgaven da vi ønsket å la informantene fortelle om hvordan de opplevde situasjonen, uten for mange veiledende spørsmål. Vi valgte denne metoden for å kunne gå i dybden av problemstillingen og håper dette vil gi ny innsikt og kunnskap om temaet.

Vi har hatt en induktiv fremgangsmåte hvor vi har tatt utgangspunkt i oppdagelser gjort i virkeligheten. Deretter har vi satt dette sammen til allmenne prinsipper og avslutningsvis har vi koblet dette opp mot teori. Våre undersøkelsesmetoder har også inneholdt elementer fra deduktiv metode ved at vi har tatt utgangspunkt i teorier, og problemstillingen er utledet derfra (Olsson & Sørensen, 2003). Vi har vært åpne for å justere intervjuguiden og åpen for ny teori underveis.

Kvalitative studier kan generelt klassifiseres som holistiske. Dette innebærer at en er ute etter å forstå helheten (Olsson & Sørensen, 2003). Våre undersøkelser har hatt fokus på flere faktorer som vi hypotetisk sett tror henger sammen på forhånd, når det gjelder kvinner og strategier for å oppnå innflytelse. Vi har utført intervjuene ansikt til ansikt. Dette innebærer åpen kommunikasjon med informanten, og intervjusituasjonen preges av nærhet og sensitivitet (ibid). Vi opplevde nærheten som en viktig faktor for å få et så detaljert innblikk i, og beskrivelse av informantens erfaringer og opplevelser på temaet. Vi har hatt fokus på å forstå informanten ut i fra deres personlige perspektiv og søkt etter å få et så helhetlig bilde som mulig (ibid).

3.3 Metodologisk analyse av problemstillingen

Ved å gjennomføre semistrukturerte intervjuer håper vi å kunne fremskaffe empiriske resultater tilknyttet vår problemstilling. Vår problemstilling med underliggende forskningsspørsmål er som følger:

Hvordan oppnår kvinnelige toppledere ved norske sykehus innflytelse?

Hvilke strategier benytter de seg av for å oppnå innflytelse?

Om det skal generaliseres eller ikke er også noe vi må ta stilling til. Kvalitative metoder benytter seg av teoretisk generalisering. Dette betyr at resultatene fra vår studie, kan vi ikke si er gjeldende utover de informantene vi har intervjuet. Resultatene gir derimot grunnlag for å forme en teori eller hypotese om hvordan det kan være, og kan igjen testes i et bredere utvalg. Dybdeinnsikten gjør det mulig å forme en slik teori, mens mangelen på bredde gjør at en ikke kan generalisere til andre sykehus og andre ledere. Med tanke på det brede feltet som skal undersøkes og at omfanget naturlig lar seg begrense av oppgavens størrelse, vil det være vanskelig å generalisere de funn som kan komme frem i denne studien (forskning.no, 2013).

3.4 Valg av undersøkelsesdesign

Forskjellige problemstillinger krever forskjellige undersøkelsesdesign. En bør finne et undersøkelsesdesign som samsvarer best til problemstillingen som ønskes besvart. Dette kan påvirke undersøkelsens reliabilitet og validitet. I følge Hellevik (2002) kan undersøkelsesdesign klassifiseres etter flere dimensjoner.

En av dimensjonene går på om en velger et eksplorerende, beskrivende eller forklarende undersøkelse. Vi har benyttet eksplorerende metode i starten av prosessen ved bruk av intensivt litteratursøk og ved bruk av vårt nettverk. På denne måten kunne vi komme frem til en mer presis problemstilling (Hellevik, 2002). Deretter kunne vi, etter å ha fått en presis formulering på problemstillingen, prøve å gi en best mulig beskrivelse av fenomenet som undersøkes. Ved å bruke begge undersøkelsesmetoder vil vi forsøke å besvare problemstillingen.

En annen dimensjon vi har valgt å bruke er intensivt fremfor ekstensivt undersøkelsesopplegg. Et ekstensivt opplegg går i bredden når det gjelder antall enheter, mens et intensivt opplegg går i dybden på hver enkelt enhet (Hellevik, 2002). Antall enheter har i vårt forskningsprosjekt vært antall informanter. Det intensive undersøkelsesopplegget har gitt oss mulighet til å få mer detaljkunnskap om informantene og har gitt oss god anledning til å se informantene i et helhetsperspektiv (Hellevik, 2002). Å bruke få informanter har også gitt oss muligheten til å oppnå en mer personlig kontakt (ibid). Ettersom vi har begrenset tid til å innhente data og begrunnet i oppgavens omfang anser vi fem informanter som mange nok variabler til denne oppgaven.

3.5 Det kvalitative intervjuet

Formålet med det kvalitative intervjuet er å forstå hvordan informanten ser på verden fra sitt ståsted, og for å bedre kunne tolke betydningen av erfaringer og fenomener som beskrives (Kvale, 2015).

Ved å bruke et semistrukturert intervju følger vi en overordnet intervjuguide med tema som vi skal innom i løpet av intervjuet. Dette gir større rom for frihet ved at vi ikke følger spørsmål slavisk, slik som i strukturerte intervju. Informantene vil få større frihet til å uttrykke seg om sine erfaringer og vinklinger som kanskje ikke var forventet. Intervjuguiden inneholdt underspørsmål som på forhånd er prioritert etter hva vi mener er viktigst å få svar på. Informantene fikk også oppfølgingsspørsmål som bidro til flyt i intervjuet. Det var på denne måten vi oppdaget informasjon som vi ikke hadde forventet, som har bidratt til uventede funn.

Alle spørsmål som inngår i guiden hadde relevans for vår problemstilling. (Dalen, 2011). Vi prøvde konsekvent å stille tydelige og åpne spørsmål, ikke ledende. Vi fikk et utvidet inntrykk av informantene ved innledningsspørsmålene, og kunne dermed tilpasse intervjuet ytterligere til den enkelte informant. Dermed ble noen spørsmål stilt til noen informanter, og ikke til andre. Vi prøvde å tilpasse spørsmålsstillingene slik at det gav rom for at informanten kunne gi egne og spontane svar (ibid).

Det informantene fortalte utgjør hele datagrunnlaget. Vi konstruerte beskrivende spørsmålsformuleringer med ønske om at informantene åpner seg og forteller om sine erfaringer og opplevelser. Det var varierende lengde og kvalitet på svarene fra de ulike informantene, selv med samme spørsmålsstilling. Grunnen til dette kan være at spørsmålene var for åpne, og informantene tolket spørsmålene ulikt.

Forskningsintervju muliggjør visse måter å forholde seg til hverandre på og vanskeliggjør andre (Kvale, 2015). Det var tydelig at vi som forskere stilte spørsmål og hadde kontroll over situasjonen, partene ble derfor ikke likestilt i intervjuet (Johannessen et al., 2011). Samtidig

virket det som informantene var bekvemme i situasjonen. De fleste hadde blitt intervjuet på samme måte tidligere.

3.6 Utvalg og rekruttering

Informantene ble strategisk valgt ut for å kunne samle informasjon enklest mulig (Hellevik, 2002). I dette tilfellet representerer informantene egenskaper som er relevante for problemstillingen. Informantene er utvalgte med to kriterier: At de er kvinnelige klinikksefer og at de har helsefaglig bakgrunn. Årsaken til at vi ønsket å intervju klinikksefer var at de har både overordnede og underordnede. Det vil si de har muligheten til å oppnå innflytelse både oppover og nedover i hierarkiet. Videre ønsket vi at de skulle ha helsefaglig bakgrunn da dette best representerer den andelen kvinner som jobber på sykehus.

Ulempen med strategisk utvelgning av intervjuobjekter er at vi som forskere ubevisst kan velge ut intervjuobjekter som passer med forhåndsoppfatninger og som vi tror vil bekrefte egne hypoteser (Hellevik, 2002). Dette kalles et positivt skjevt utvalg og var noe vi måtte være bevisst og prøve å unngå (ibid). Fordelen vi som forskere hadde var at det ikke eksisterte personlige relasjoner med noen av de mulige informantene og utvelgelsen ble på den måten mer tilfeldig.

Vi inviterte samtlige kvinnelige klinikksefer ved et av sykehusene med relativt høy andel kvinner i ledelsen, til intervju. Første kontakt ble gjort via mail, og responsen var god og over all forventning. Det ble sendt ut invitasjon og informasjonsskriv (vedlegg 1). Årsaken til at vi valgte informanter ved det sykehuset som vi gjorde var at der var flere kvinner i toppledelsen, enn hos andre norske sykehus. Dette gjorde anonymiseringen enklere enn om vi skulle hatt intervju ved sykehus med færre kvinner i toppledelsen. På tross av dette har vi likevel valgt å ikke navngi hvilket sykehus vi har intervjuet ved, for å kunne sikre anonymiteten ytterligere. Da vi har valgt et sykehus med relativt høy andel kvinner i ledelsen, vil det være et spørsmål om reliabilitet og validitet i eventuelle funn som er spesielt ved dette sykehuset. Samtidig vil disse informantene ha mye erfaring som ledere og gi oss rikelige beskrivelser fra deres ståsted.

3.7 Informantene

Samtlige informanter har vært ansatt ved sykehuset i mange år. Vi ønsket å ha en fordeling mellom kvinnelige klinikkjefer med legeutdanning og annen helsefaglige utdanning.

Utvalget består av tre leger og to ikke-leger. Da gruppen av klinikkjefer ved dette sykehuset ikke består av mange kvinner, de er kollegaer og arbeider sammen i hovedledelsen, har det vært behov for å beskytte informantenes identitet. For å hindre at informantene og andre personer kjenner hverandre igjen i masteroppgaven blir ikke svarene gjengitt med benevnelse av informanten, men teksten er skrevet ut fra en samlet fremstilling av de hva de ulike informantene sa. Vi har på forhånd fått godkjennelse av informantene på de sitatene som er med i oppgaven.

3.8 Gjennomføring av intervju

Målet for varighet på intervjuet var 30-45 minutter. Etter å ha foretatt de fem intervjuene vurderte vi materialet som fyldig nok til å kunne besvare problemstillingen. De første minuttene av intervjuet er avgjørende, og vi prøvde å skape tillit og god kontakt med informanten slik at de skulle føle seg trygg og dele sine synspunkter og opplevelser. Vi lyttet aktivt, viste genuin interesse, forståelse og respekt for informantens respons (Kvale, 2015).

Valg av sted for gjennomføring av intervjuet er også med på å sette rammen for intervjuet og vil ha betydning for informantens oppfattelse av trygghet. Et naturlig sted vil være et sted som informanten kjenner fra før, eksempelvis informantens hjem eller arbeidsplass. (Johannessen et al, 2011). Samtlige informanter ønsket å utføre intervjuet på eget kontor eller på et ledig kontor på arbeidsplassen. Vi opplevde dette som uproblematisk. Det var minimal risiko for forstyrrelser og forhold som var gunstig for lydopptak.

Vi startet intervjuet med en gjennomgang og presenterte kort oss selv, prosjektet, hvor mange som skulle intervjues og gjentok noe av den informasjonen som på forhånd ble sendt ut i informasjonsskrivet (vedlegg 1). Vi presiserte vår taushetsplikt og anonymisering av informantene. Videre informerte vi om bruken av lydopptaker og notering av stikkord. Før intervjuet formelt startet, spurte vi om de hadde noen spørsmål. En av oss førte intervjuet slik at den kunne konsentrere seg om samtalen. Den andre var mer passiv, tok stikkord og noterte tilleggsspørsmål. Hvem som intervjuet ble byttet på slik at begge fikk prøve seg som intervjuer. I slutten av intervjuet spurte vi om de synes noen av spørsmålene var uklare og om de hadde noe mer å tilføye.

Selve oppbyggingen av intervjuet ble oppbygd etter “traktprinsippet.” Vi startet intervjuet med introduserende og generelle spørsmål, om temaet for å få informanten til å føle seg vel og avslappet. Dette var spørsmål for eksempel spørsmål om deres utdanning og familie. Deretter gikk vi over til utdypende og forklarende spørsmål mot de sentrale temaene. Vi som forskere inntok en lyttende og forståelsesfull posisjon. Vi var bevisst på at kroppsspråk hadde en betydning, og var av bekræftende art med nikkning. Vi engasjerte med oppfølgingsspørsmål der det passet. Mot slutten av intervjuet åpnes trakten igjen slik at en får en god avrundning med spørsmål som angår mer generelle forhold (Dalen, 2011). Mot slutten spurte vi informantene om hva de selv tenkte om kvinneandelen og hvordan en kan jobbe for å få inn flere i toppledelsen.

I følge Dalen (2011) er det sterkt anbefalt å bruke lydopptaker ved gjennomføring av kvalitative intervjuer fordi det gir korrekt gjengivelse av informantenes uttalelser, tonefall og ordbruk. Ulemper kan være at informanten føler de må passe på hvordan de ordlegger seg og at det kan oppstå tekniske problemer som kan forstyrre intervjuet. Det oppstod minimalt med tekniske problemer. Vi benyttet to lydopptakere for å sikre oss mot tekniske problemer i etterkant. Vi forsikret også informanten om at ingen andre enn oss fikk høre lydopptaket. Lydopptaket har gjengitt intervjuet i sin helhet, og bidratt til at informantene blir riktig sitert (Dalen, 2011).

3.9 Analyse av kvalitative data

I følge Kvale (2015) betyr det å analysere å dele noe opp i biter eller elementer. Ved bruk av et åpent intervju har informantene gitt en fortelling som må transkriberes. Selve transkripsjonen kan deles opp i enkeltbiter som enkeltavsnitt, setninger eller ord (Kvale, 2015). Den transkriberte teksten ble datagrunnlaget for analysen. Transkriberingen ble gjort samme dag etter hvert intervju, slik at inntrykk og innholdet fortsatt var friskt i minnet. Dette har gitt gode gjengivelser av hva informantene faktisk har sagt. Egne refleksjoner og hovedinntrykk ble også notert straks etter intervjuene (Dalen, 2011).

Etter at intervjuene ble gjennomført ble datamaterialet beskrevet, systematisert og kategorisert i dataprogrammet NVivo. Ved å forenkle datagrunnlaget og redusere informasjon kan vi fortolke data for å lete etter sammenhenger, meninger og årsaker. Gjennom tolkningsprosessen søker vi å finne indre sammenhenger i datamaterialet (Dalen, 2011). Det er gjennom tolkningen av informantenes egne opplevelser og forståelser, som fremkommer i intervjuene, det utvikles en dypere forståelse av temaet (ibid). Ved å se på de fragmenterte intervjudelene som en helhet, men samtidig være oppmerksomme på detaljer har vi kontinuerlig vekslet mellom deler og helhet. Denne metoden kalles hermeneutisk metode (Kvale, 2015). Vi har benyttet oss av analysemetoden meningskonsentrering også kalt meningskategorisering. I denne metoden sorteres datagrunnlaget i kategorier.

Vi har kategorisert data som passer sammen i de ulike temaene som fremgår av intervjuguiden. Datagrunnlaget ble delt opp i mindre setninger med ulike betydninger og deretter sorteres de ulike bitene i tilhørende kategorier. På denne måten fikk vi oversikt og system over alle relevante sitater (ibid). Vi kunne ikke definere kategoriene på forhånd før intervjuene ble utført, de kom frem etter intervjuene ble foretatt. Samlet fikk vi 10 kategorier som samlet sitater på tvers av informantene. Dermed kunne vi se sammenhenger, generelle funn og sitater som beskriver avvik mellom informantene og koble sitatene til analysemodellen.

3.10 Reliabilitet og validitet

Gyldighet eller reliabilitet handler ofte om forskningsresultatene konsistens og troverdighet. Om hvorvidt et resultat kan gjenskapes av andre forskere på et annet tidspunkt er et spørsmål om reliabilitet. Reliabilitet vil være en viktig faktor under selve intervjuet, transkriberingen og analysen (Kvale, 2015). Reliabilitet handler om valg av data fra undersøkelsen, hvor nøyaktig datagrunnlaget er, på hvilken måte de er samlet inn på og hvordan den bearbeides. Det handler om presisjon gjennom hele prosessen.

Når det gjelder kvalitativ metode skilles det mellom intern og ekstern validitet. Intern validitet handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Ekstern validitet handler om en kan overføre resultatet fra studiet til andre lignende fenomener, også kalt generalisering (Kvale, 2015). Det har ikke vært et mål om å generalisere resultatene fra studiet til relaterte fenomener. Hovedmålet har vært å undersøke kvinners påvirkningskraft og innflytelse som ledere og overføre denne kunnskapen til praksisfeltet.

Den interne validiteten kan undersøkes på to måter (Kvale, 2015) Den ene er å selv gå kritisk gjennom resultatene, som vi har gjort. Den andre metoden er å involvere informantene i den kritiske gjennomgangen og få uttalelse om informantene kjenner seg igjen eller ikke ut i fra resultatene og konklusjonene (ibid). Dette er ikke grunnet tidspress. Vi har derimot sendt samtlige informanter oversikt over egne sitater for godkjenning av bruk, slik at de har blitt involvert i hvilke data som blir brukt til studiet.

Det er spørsmål om datagrunnlagets validitet, og om svarene fra våre informanter er genuine. Dersom informantene hadde vært under påvirkning av ytre omgivelser på intervjutidspunktet kunne dette påvirke datagrunnlaget. Dataene som er samlet inn som danner grunnlaget for vår analyse var kun et utsnitt og ikke hele sannheten. Den representerer virkeligheten sett fra informantens ståsted og fenomenet vi ønsket å utforske. Det samme gjelder ikke nødvendigvis for andre kvinnelige ledere på andre sykehus.

Da vi intervjuer kun fra et sykehus, vil dette kunne påvirke resultatene og funnenes validitet dersom disse er spesielle for dette sykehuset. På en annen side vil dette styrke validiteten i og med at informantene har lang erfaring innen ledelse og kan bidra med viktige erfaringer for oppgaven. Vi har et relativt få antall informanter, og de vil ikke representere et bredt utvalg. Vi fokuserer på en relativt liten del av toppledere i en stor organisasjon, og det vil dermed ikke være et mål for å generalisere resultatene. En skal være forsiktig med å generalisere i kvalitative undersøkelser da det bør være sterke argumenter som holder mål for å generalisere til teoriplan (Dalen, 2011).

3.11 Styrker og svakheter ved valgt metode

Fordelen med intervju ansikt til ansikt er nærheten. Vi observerte en god del non-verbale uttrykk, bruk av tonefall, væremåte og fikk et bedre bilde av deres personlighet. Vi fikk en bedre helhetsforståelse og fikk frem flere nyanser enn ved bruk av kvantitative metoder. Selv om det er fordeler med intervju, har intervju som metode har åpenbart sine fallgruver.

En kritikk går på manglende teoretisk sensitivitet (Kvale, 2015). Vi har vært inspirert av og benyttet oss av prosessvis deduktiv induktiv metode. Før problemstillingen ble satt utførte vi intensive litteratursøk rundt temaet. En mulig feilkilde her kan godt være at vi ikke har lest oss skikkelig opp på tidligere forskning, eller ikke oppdaget relevant litteratur (ibid).

Intervjuguiden ble på forhånd tematisert med flere spørsmål som vi ønsket å få svar på. Dette kan ha satt store føringer både til oss og til informantene. Dette kan selvfølgelig påvirke svarene som informantene avgir, og at spontane og uventede små ting ikke dukker opp, på grunn av forventningene som er satt. Vi har bevisst prøvd å unngått dette ved å la de prate fritt, uten å avbryte. Det informantene gir oss av svar trenger ikke å være sanne beskrivelser av faktiske forhold, men svarene kan likevel uttrykke sannheten om informantenes oppfatning av seg selv. En vanlig kritikk til kvalitative forskningsintervju er at funn ikke er valide fordi informantene kan fortelle usannheter (Kvale, 2015).

3.12 Etiske aspekter

I enkelte tilfeller vil forskning kunne bli stilt overfor konflikter mellom det å vinne ny kunnskap og det generelle krav om å gjøre det gode og ikke forårsake skade (Olsson og Sørensen, 2003). Olsson og Sørensen (2003) hevder at forskning ikke skal forårsake fysisk, psykisk ubehag eller smerte for mennesket og at mennesket har rett til integritet, samtidig vernes for innsyn i deres privatliv. Å ta hensyn til de etiske aspekter gjelder dermed for alle ulike former for vitenskapelig forskning, uavhengig av om det er kvalitativ eller kvantitativ forskning (ibid).

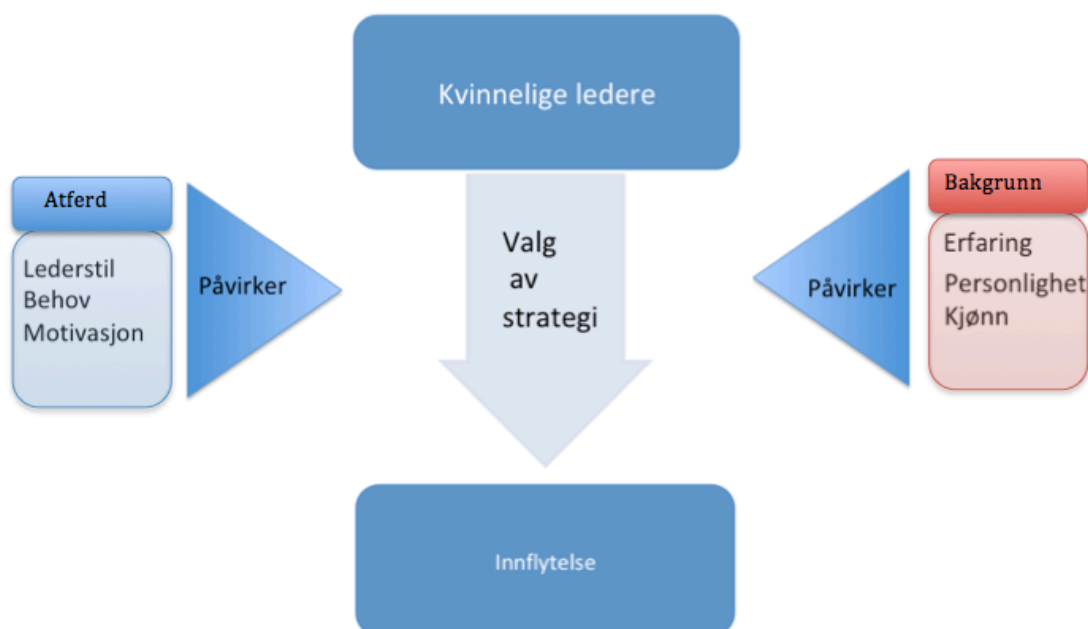
I forkant har informantene fått informasjon om forskningsprosjektet de deltar i og krav om samtykke (vedlegg 1). Informanten har også fått en nøyaktig innføring i hva deres medvirkning innebærer. Det ble informert om risiko, at deltakelsen er frivillig og at den kan avbrytes når som helst uten negative konsekvenser. Vår taushetsplikt ble presisert i informasjonsbrevet. Informantene signerte samtykke før intervjuet startet, og informanten har da gitt tillatelse til at informasjon blir brukt til akkurat det formålet som vi har beskrevet i brevet (Olsson og Sørensen, 2003). I tillegg ble prosjektet meldt inn og godkjent til Personvernombudet for forskning (NSD) før intervjuene ble utført (vedlegg 3). Det var viktig å fokusere på konfidensialitet og taushetsplikt. Dette ble sikret ved å slette lydopptak etter transkribering vil.

4. Analyse

Dette kapittelet vil redegjøre for funn fra forskningsintervjuene. Vi har valgt å kategorisere funnene med tema fra analysemodellen. Hovedkategoriene i analysen er ledernes bakgrunn, atferd og informantenes egne tanker om strategier. Vi har presentert de sitatene fra informantene som vi tror vil kunne svare på problemstillingen. Både enighet blant informantene og avvik fra det vi forventer vil presenteres. Under hvert delkapittel har vi en delkonklusjon som legger grunnlag til videre drøfting.

4.1 Ledernes bakgrunn

Under hovedkategorien bakgrunn, har vi delt inn i erfaring, personlighet, kjønn og organisasjon. Disse elementene påvirker alle valg av strategi for å oppnå innflytelse. Flere av elementene henger sammen, og dette belyses i analysen.



Figur 5.1 Analysemodell med fokus på bakgrunn

4.1.1 Erfaring

Alle de fem informantene var kvinner med ledererfaring. Informantene var alle norske. Av de fem hadde tre bakgrunn som leger, mens to av dem hadde annen helsefaglig bakgrunn. Samtlige informanter hadde familie og barn. Informantene hadde alle hatt andre lederstillinger tidligere og hadde flere år med ledererfaring bak seg, før de gikk inn i stillingene som klinikksefer. De har dermed mye erfaring til å reflektere rundt strategier for å oppnå innflytelse, noe som gjør de godt egnet for denne studien.

Informantene med legeutdannelse trakk alle fram at de i bunnen var leger og alle hadde lenge hatt en fot i klinikken samtidig som de jobbet som leder. Dette fremstår som viktig for dem selv om det var travelt å gjøre begge deler. Det hadde etterhvert blitt for travelt for de fleste og flere hadde i dag kun en mindre stilling som praktiserende leger i klinikken. Flere av informantene hadde også tatt ulike utdanninger innen ledelse, og de fleste forklarte at de hadde deltatt på det nasjonale topplederprogrammet i helseledelse.

De ulike informantene hadde alt fra omtrent 150 til over 500 ansatte under seg. Informantene forklarte at de hadde flere nivåer av ledere under seg og at de samarbeidet med disse daglig. Det ble fra samtlige forklart at mye av hverdagen gikk med til møter og å delta i ulike utvalg og prosjektgrupper.

På spørsmål om hvilke yrkesgrupper de hadde under seg kom det frem at alle hadde sykepleiere og leger blant sine ansatte. De fleste hadde også andre helseprofesjoner under seg og flere nevnte at de hadde en egen stab med bakgrunn fra økonomi, personalarbeid og merkantil drift. Flere trakk også frem forskning som en viktig del av klinikken med ulike yrkesgrupper tilknyttet dette området.

Når det gjaldt ansvarsområder hadde de fleste ansvar for flere ulike seksjoner og flere hadde også ansvar for avdelinger med annen geografisk plassering. Både den daglige bemanningen, drift, budsjett, forskning og faglig ansvar ble trukket frem som ulike ansvarsområder. Flere

trakk fram kommunikasjonen med lederne på nivået under seg selv som spesielt viktig. En av informantene sa det på denne måten:

“Min viktigste jobb kan oppsummeres som å gjøre avdelingssjefene gode og få dem til å få ledet godt i sine avdelinger”

Denne informanten trakk også fram at hun kjente et stort ansvar med tanke på det å være oppdatert på hvilke forventninger som ble stilt til hennes klinikk. En annen informant trakk fram at hennes viktigste oppgave var at hennes klinikk ble drevet faglig forsvarlig.

Vi avrundet informantenes bakgrunn ved å spørre om de trives i jobben. Vi fikk entydig svar og samtlige informanter trives i jobben som klinikkleder. De beskriver jobben som utfordrende og krevende, samtidig som de søker nye utfordringer.

Etter lang tid som klinikkleder var det flere informanter som søkte seg til forskning, flere ansvarsområder eller prosjekter ved siden av jobben som klinikkssjef. Noen av informantene trivdes med å ha pasientkontakt ved siden av rollen som klinikkssjef, mens andre hadde prioritert bort dette for andre oppgaver de syntes var viktigere.

Flere av informantene forteller om et godt kollegium blant klinikkssjefene. En av informantene forteller at de kan få større gjennomslag når de er flere som er enige.

“Det jeg har erfart da, er at vi er flere klinikkssjefer som har de samme problemene i forskjellige ting, og at vi er kanskje blitt flinkere til å mene litt det samme. At vi er flere som står på og får innflytelse oppover”

Da vi videre spurte hva informantene opplevde som vanskelig, trekker de fleste frem personalsaker som de vanskeligste. Der hvor følelser er involvert og en må ta beslutninger ikke alle er tilfreds med er vanskelig. En av informantene beskriver dette slik:

“ Det jeg tror preger de fleste ledere er når du får vanskelige personalsaker, det følelsesmessige i det, det vonde i det. Det at en kanskje må ta avgjørelser som berører folk ”

En annen informant trekker også frem personalsaker og poengterer at det er viktig å tørre å ta de vanskelige samtalene:

“Ja, det er personalsakene (...) Det synes jeg er vanskelig. Hvis det er en kollega som ikke får gjort jobben sin skikkelig, eller som har gjort en tabbe (...) Men det er klart at jeg tørr å ta den vanskelige samtalen. Det kan jeg grue meg til. Så er det jo klagesaker, det har man jo selvsagt også, der pasienter er blitt feilbehandlet eller dårlig behandlet. Det er saker som jeg synes det er tungt å ha ansvar for ”

Omstillings-, effektiviserings og nedbemanningsprosesser blir også nevnt som vanskelige. Disse prosessene tar lang tid, og er mer krevende enn det en hadde forventet. Samtidig nevnes det at det ligger mye læring i slike prosesser. Varslingsaker er spesielt utfordrende. En av informantene sa følgende:

“Spesielt dette med varslingsaker har vi hatt. Ikke morsomt. Det er klart at da, selv om en synes en har lang erfaring som leder, så er det alltid saker som skiller seg ut i fra erfaringer en har gjort før. Stort sett er de vanskelige sakene når det handler om personkonflikter ”

Det er kun en av informantene som ikke tydelig trekker frem personalsaker som vanskelig. Denne informanten fokuserer mer på at det er vanskelig å delegere, og det er utfordrende å være “hønemor” som passer på at ting blir gjort. I tillegg nevner hun at budsjettering er utfordrende, men at dette var vanskeligere før. Erfaringen gjør budsjettering enklere etter hvert som hun vet hva som er mulig og ikke mulig. En annen informant forklarte det slik:

“Så er det noen ting som er frustrerende. Det å fronte ting som vi ikke får gjennomslag for. Det er jo alltid en kamp om penger og ressurser, det tar man ikke sånn personlig innover seg”

Enkelte av informantene fikk oppfølgingsspørsmål om hva de gjorde for å komme seg gjennom det vanskelige, andre svarte på dette uoppfordret. De som nevnte personalsaker som vanskelige benyttet seg av flere metoder for å takle slike situasjoner. En informant forteller om situasjoner hvor en må ta beslutninger som ikke alle er enig om sa:

“ En må stå for det og være tydelig på hvorfor det ble sånn, men i all hovedsak så går det fint, så lenge en har gode prosesser rundt slikt. Det er jo ikke bestandig at folk opplever at vi har gode prosesser rundt ting (...) men da syntes jeg det er fint at vi har en kultur for at det kan de faktisk si, også kan vi se på hvordan kan vi enten hente inn en prosess eller gjøre det bedre i neste runde (...) Det er fint at sånne tilbakemeldinger også kommer.

Den samme informanten påpeker også viktigheten av å tilpasse seg den enkelte situasjon og de enkelte personer som er involvert. Det viktigste hun trekker frem er å være raskt på plass ved slike situasjoner. Det er viktig for informanten å gripe tak i saken i en så tidlig fase som mulig, og kommunisere med de riktige personene for å få et riktig bilde av situasjonen.

En av informantene mestrer de vanskelige situasjonene fordi hun tør å ta den vanskelige samtalen, og har fokus på at det handler om pasientene. Det var viktig for henne å nevne at alle kan gjøre feil.

Oppsummert hadde samtlige informanter lang erfaring som ledere. De trakk fram at det var viktig å drive faglig forsvarlig, og leve opp til de forventninger som ble satt. De største utfordringene var knyttet til personalsaker, og saker hvor følelser var involvert. Videre ble budsjettering og fordeling av ressurser beskrevet som utfordrende. Strategier som ble brukt for å komme seg gjennom de vanskelige situasjonene var å være tydelig, tørre å stå i ubehag, ha gode prosesser og tilpasse situasjonen.

4.1.2 Personlighet

For å prøve å få frem informantenes personlighet, spurte vi hvordan de ville beskrevet seg selv, og hvordan de trodde deres ansatte ville beskrive dem.

En av informantene mente hennes beste egenskap som leder var at hun var flink til og opptatt av å anerkjenne andre, og at dette hadde en positiv smitteeffekt nedover i hierarkiet. Hun forklarte videre at hun hadde vært involvert i en varslingssak som hun opplevde at hun mestret godt. I denne saken var hun raskt ute og informerte sine ansatte, hun var opptatt av å ha åpenhet rundt saken og høre ulike synspunkter. Det var viktig for henne å være åpen om eget synspunkt. Da saken var ferdig håndtert fikk hun tilbakemelding på at prosessen hadde vært god:

“Det jeg så i ettertid var at folk synes dette var tatt på alvor, det var ryddig og transparent alt som foregikk. En var orientert underveis og fikk en ordentlig muntlig vurdering, på personalmøtene, på hva jeg tenkte i saken om saken.

En annen informant beskrev hennes sterkeste side som evnen til å nullstille seg. I situasjoner hvor hun blir sint og opprørt, er hun flink til å starte på scratch.

Noen av informantene forklarte at de hadde både feminine og maskuline trekk.

“Jeg tror at jeg er litt mer “guttedame”. Hvis en snakker om maskuline og feminine trekk så tror jeg at jeg har mer av det kontante, det maskuline. Den kombinasjonen med alder og hele pakken styrker deg.”

En av informantene beskriver seg som flink til å spille på hjernene rundt seg. Hun er bevisst på at hun ikke er den mest kreative personen, ikke har de klokeste tankene eller er den som er mest up-to date på alt. Hun håndterer dette ved å inkludere og konferere med andre og mener dette gjør henne forutsigbar på en positiv måte. Videre mener hun det er viktig å være tydelig og ikke pakke ting for mye inn. Hun er bevisst på at dette gjør hun av og til selv fordi hun tenker hun ikke vil såre noen eller kløne det til. Det hender at hun i ettertid lurere på om hun kunne vært enda mer tydelig.

De fleste mente det ville være samsvar mellom egne beskrivelser og andres beskrivelser av dem som ledere. De fleste informantene mente deres ansatte ville beskrevet dem som tydelige.

“Jeg tror de ville beskrevet meg akkurat sånn som jeg har sagt. At jeg har humor, at jeg er god til å anerkjenne andre og at jeg er “meget” tydelig, med tanke på forventningene til deres arbeidsprestasjoner. Tydelig på krav og forventninger”.

En av informantene hadde fått tilbakemeldinger på at hun var direkte og at dette kunne ha både fordeler og ulemper.

“Jeg har fått høre at jeg er ganske direkte. Det er jo på både godt og vondt (...) At jeg får sagt ting og det er en effektiv måte. Det er jo en styrke, men det kan jo av og til hende at jeg også er litt for direkte, at noen blir såret eller støtt eller oppfatter ting kanskje som kritikk, som har vært et utsagn fra min side. (...) Så det går litt på det at jeg er direkte og litt sånn effektiv, og litt sånn utålmodig. (...) Men jeg får også tilbakemeldinger på at jeg er snill.”

En annen informant nevnte også at hun trodde hun ville bli beskrevet som tydelig. Hun nevnte i tillegg at hun trodde de ansatte ville si at hun skapte trygghet, var omgjengelig og skapte tillit. Avslutningsvis sa hun:

“Jeg snakker i myke ord - det hører dere kanskje”.

Oppsummert opplevde informantene at egne beskrivelser ville samsvare med andres beskrivelser av de som ledere. De beskriver seg selv som tydelige, direkte, har klare krav og forventninger. Det å anerkjenne andre, være åpen og evne å nullstille seg blir også trukket frem som viktige egenskaper. Det fremkommer at flere assosierer seg med maskuline trekk, og at dette blir sett på som en fordel.

4.1.3 Kjønn

På spørsmål om informantene hadde opplevd andre forventninger til dem som kvinne og leder var det delte meninger. De fleste informantene var enig og svarte at de aldri hadde opplevd andre forventninger til dem som kvinner og ledere.

“Nei, det har jeg ikke. Det må jeg være så ærlig å si at det har jeg aldri følt, kjent eller oppfattet noe sted.”

En av informantene som ikke følte det ble stilt andre forventninger til henne som kvinne og leder, svarte at hun ikke hadde opplevd dette da hun var yngre heller. Hun mente forklaringen på dette var:

“Det har nok blant annet hatt en stor betydning at jeg har hatt en stor interesse for lederskap og synes det er artig å jobbe med ledelse, og også tankene mine omkring at det ikke handler om kjønn, men det handler om helt andre ting”

Denne informanten trakk også frem at det heller var lettere å være mann i en kvinnedominert arbeidsplass. Det er lettere å bli lagt merke til som mann, fordi det er så få av dem her og fordi de er svært ettertraktet for å forsøke å oppnå kjønnsbalanse.

“ Så ser jeg at enten det er snakk om fagnivå, eller om en snakker om ledelse så er det veldig lett å positivt bli lagt merke til som mann. Fordi det er så få av dem og man ønsker seg flere inn. Du skal ikke være veldig god som mann i denne bransjen, som jeg jobber i, for at du blir løftet opp. Nettopp i kraft av at en ønsker en balanse andre veien også”

En av de som hadde motsatt oppfatning, bekreftet at hun hadde opplevd andre forventninger fordi hun var kvinne. Informanten forklarte at hun hadde opplevd situasjoner hvor det hadde oppstått problemer eller konflikter fordi andre hadde forventet om at hun skulle være mer omsorgsfull eller snill, fordi hun var kvinne. Denne informanten problematiserte også at hun

hadde kjent enkelte av sine ansatte lenge og at det på denne måten hadde oppstått en venninne-relasjon mellom dem.

“Jeg tror nok at det forventes at kvinner skal være litt mer forståelsesfulle”

En annen informant tenkte tilbake på da hun var yngre og reflekterte rundt hvordan hun selv trodde mennene hun da ledet opplevde å bli ledet av henne. Denne informanten nevner også at tradisjonelt sett var det legene som hadde høyest status på sykehusene og at det tradisjonelt sett ikke var kvinner som var leger. Hun nevner videre at hun selv ikke hadde kommet i kontakt med noe glassvegg.

“Men jeg har nok vært en av de som har kjent det minst tror jeg. For jeg tør. Det er mange som setter grenser for seg selv. Det er litt komplekst. Jeg tror det er mye som er åpent for kvinner, men kvinner vil ikke, tørr ikke og kan ikke.

Informanten snakket også mye om at hun mente det var opp til kvinner selv og at det ikke hadde noe med kjønnshierarkiet å gjøre, at det var færre kvinnelige ledere enn mannlige ledere. Hun forteller på den andre siden at hun hadde en kvinnelig kollega som opplever dette problemet hele tiden, og at dersom vi hadde intervjuet henne hadde vi fått et helt annet svar. Hun mener det blir feil dersom kvinner skal prøve å etterligne menn for å bli ledere.

“Du må være deg selv, så må du være i en viss harmoni med deg selv. Du kan ikke være en disharmonisk person som er totalt usikker og som skal prøve å lede andre. Du må ha en viss ballast tror jeg. Også må kvinnelige ledere ha, veldig greit, støtte hjemmefra. I den grad du har en mann så bør du ha støtte av mannen din. Det har jeg hatt. Han har sagt: det er klart vi gjør det. Dette er du flink til, dette kan du, søk”.

På spørsmål om informantene trodde det var annerledes før i tiden, at kvinner da hadde møtte andre utfordringer i lederstillinger, svarer de fleste ja. En av informantene svarte:

“Jeg tror tiden og utviklingen av samfunnet er med å påvirke. Jeg vil ikke underslå betydningen av den feminismen som kom på 60-70 - tallet. Det at en har prøvd å slå et hull på glasstaket, gi kvinner plass. Sakte, men sikkert, gjennom generasjoner, så har mulighetene åpnet seg. Tradisjonelle utdanningsmønster og yrkesroller og den type ting har jo endret seg enormt. I det akademiske miljøet, sykehusene og i profesjonene og på medisinstudiet så er det nå 60% kvinner. Det sier noe om samfunnet og at det å være kvinne og det å være leder har fått en helt annen premiss enn det det var tidligere. Jeg tror at de som kom før meg hadde en mye tyngre jobb enn det jeg har.”

På spørsmål om hun selv hadde møtt glasstaket, svarte hun:

“Nei, faktisk ikke. Hvis du spør meg om jeg har opplevd hersketeknikker så kunne jeg kanskje svart ja, men jeg tror at det er noe som skjer både bevisst og ubevisst. Jeg tror ikke det handler så mye om kjønn, men hvor en står i maktkampen for å få gjennomført ting... En bruker den kraften en har, ut ifra situasjonen om det som kreves. Mange ganger dreier det seg om å være maskulin i uttrykket og da er man det”.

Flertallet av ansatte på norske sykehus består av kvinner. På spørsmål om dette påvirket informantenes lederstil, påpekte de at det heller var andre faktorer som var medvirkende.

“Jeg er mer opptatt av kompetanse, og har ikke reflektert så med rundt dette med kjønn, annet enn i sammenhenger hvor vi har jobbet med å få rekruttert flere menn inn her da. det er jo miljømessig og faglig sett en styrke at en har så jevn kjønnsbalanse som mulig.”

En informant påpeker at det er positivt at det har kommet flere kvinner inn på medisinstudiet, og trekker frem gode rollemodeller som viktig for både kvinnelige leger og kvinnelige ledere. En annen informant ønsker kjønnsbalanse også i medisinstudiet, og er ikke av den oppfatning at det er utelukkende positiv med overvekt av kvinner på medisinstudiet. I tillegg nevnes kvotering som en negativ faktor. Prestasjoner går foran kjønn.

Oppsummert er informantene uenige om det stilles andre forventninger til de som kvinnelige ledere, men de er enige om at dette kan ha vært annerledes før. Flere mener at det ikke handler om kjønn, men om egen innstilling og de er opptatt av at prestasjoner går foran kjønn. Det blir også presisert at det er viktig å ha støtte hjemmefra. De som benekter andre forventninger er åpen for at andre kvinner kan oppleve det. En av informantene som opplever at det stilles krav om at hun skal være mer omsorgsfull og forståelsesfull fordi hun er kvinne. Det fremkommer at menn lettere blir mer lagt merke til og løftet frem som ledere.

4.1.4 Organisasjon

På spørsmål om sykehusenes hierarkiske struktur har påvirket dem som leder viser det seg at ingen av informantene opplever at strukturen er veldig hierarkisk. En av informantene forteller at det er tydelige roller. I tillegg nevner hun at det er direktøren som til syvende og sist fatter de endelige beslutningene, men at hun selv vet hva som er hennes ansvarsområder. Hun legger også til at det er mulig å få til samtaler med direktøren dersom hun har behov for det.

En av informantene forklarer at det helt sikkert påvirker henne at sykehuset har den strukturen det har, men at dette er noe hun ikke har tenkt over. Hun trekker frem systemet med tillitsvalgte og at det er et sterkt apparat på sykehuset. Dersom vi hadde spurt hennes medarbeidere tror hun heller ikke de ville sagt at strukturen på sykehuset er hierarkisk.

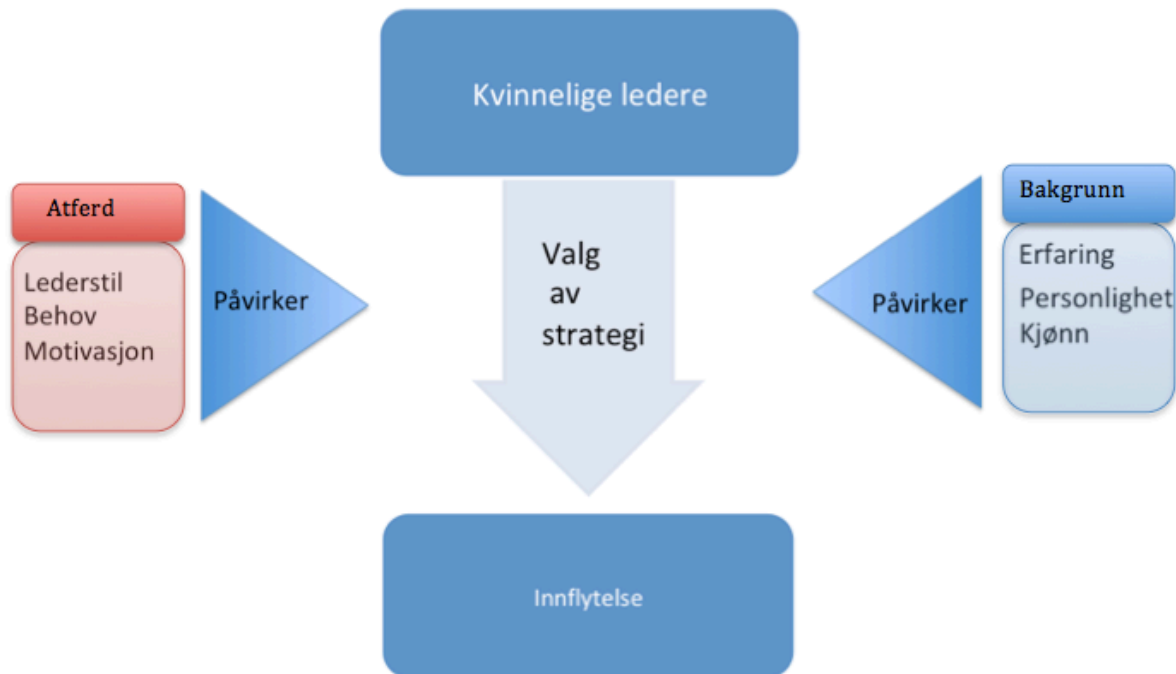
En annen informant trekker frem at strukturen på sykehusene har endret seg. Hun trekker frem det økende kravet til forskning og behovet for annen ikke-helsefaglig kompetanse i organisasjonen. Hun avslutter med at det har skjedd en endring når det kommer til hvem som søker seg til medisinstudiet. Tidligere var dette en utdanning som krevde ressurssterke foreldre og det var gjerne en spesiell type som søkte seg til yrket. I dag mener hun det kommer folk fra overalt og med ulike personligheter. Utviklingen ser hun på som positivt og hun har stor tro på fremtiden.

Ved spørsmål om hva informantene tror skal til for å få flere kvinner inn i toppledelsen i norske sykehus, var det flere som trakk inn direktøren som en nøkkelperson. Sykehusledelsen må ville ha kvinner inn, de må vise at de er like nysgjerrig på hva kvinner mener som menn mener. Det fremkommer at ønsket om å få flere kvinner inn i toppledelsen ligger nettopp her, men at det ikke nødvendigvis handler om kjønn men hva man leverer.

Oppsummert er informantene enige om at de opplever en flat struktur, men det er klare roller i organisasjonen. Strukturen har med tiden endret seg, og sykehusene har i dag et bredere spekter av kompetanse. Det virker som om informantene har tro på fremtiden, og at problemet med undertallige kvinner i toppledelsen vil jevne seg ut. Dette med tanke på flere kvinnelige medisinstudenter og generasjonsskifte. Det understrekes at toppledelsen må aktivt ønske flere kvinner inn i ledelsen.

4.2 Atferd

Dette kapitlet vil ta for seg lederstil, behov og motivasjon. Disse faktorene påvirker valg av strategi, og vil bygge videre på temaene i bakgrunnskapitlet.



Figur 5.2 Analysemodell med fokus på atferd

4.2.1 Lederstil

Vi spurte informantene om de kunne beskrive seg selv som leder og de fleste forteller at de er tydelige og synlige ledere. En av informantene sa:

“Jeg har veldig troen på at det er viktig å være en tydelig leder. Det å være både tydelig, synlig og ha klare forventninger til folk rundt meg. Det tror jeg er helt alfa og omega.”

Tydelighet og direktehet ble også beskrevet som en ulempe. En av informantene kunne fortelle at hun i begynnelsen av sin lederkarriere var noe for direkte og har tatt dette til etterretning.

“Så kan jeg nok være litt utålmodig, at det kan være bra, men det kan jo også være problematisk i noen settinger da. (...) Jeg tror nok det med direkteheten, jeg har blitt flinkere til å tenke meg om. Flinkere til å samle mer informasjon før jeg reagerer enn jeg gjorde i begynnelsen. Jeg hadde noen erfaringer der jeg angra veldig, sendte en e-post eller ment litt noe litt fort. Jeg har blitt mye flinkere til å spørre mer, og jobbe mer med å finne ut det egentlige problemet. Det tror jeg er en kjempeviktig ting altså.

De fleste informantene så viktigheten av godt samarbeid med sine medarbeidere. Å spille på hjernene rundt seg og spille på kompetansen til sine medarbeidere. Noen av informantene trakk frem viktigheten av å anerkjenne andre, være involverende og delegerende. Og det å ikke være redd for å spørre andre under seg om råd og hjelp.

“ Det aller meste av det som skjer her på huset av gode ting, det er det ikke jeg som gjør. Det er det andre medarbeidere som gjør. Det å bli sett og anerkjent for gode arbeidsprestasjoner, det tror jeg er veldig viktig for at folk skal ville yte det lille ekstra. Dette er noe av det jeg tror er styrken min, at jeg alltid har vært opptatt av det, og at jeg da har avdelingssjefer som blir opptatt av det. Det hjelper jo ikke hvis jeg på toppen, er veldig opptatt av å anerkjenne ledere hvis de ikke gjør det samme nedover.”

En av informantene nevner det å tørre å spørre om hjelp og råd og betegner det som en kvinnelig egenskap.

“ Jeg er ganske flink til å spørre. det er jo kanskje litt sånn kvinneegenskap, eller at kvinner kanskje gjør det mer enn menn. Altså jeg har ikke noe prestisje i at jeg skal kunne alt selv på en måte. At jeg tør å be om råd til de som er underordnet meg og da.”

En av informantene hadde reflektert rundt hvordan man har blitt leder og hvordan omgivelsene rundt spiller en rolle.

“ Kanskje jeg er en litt tålmodig og pragmatisk sjel, jeg har ikke personlige ambisjoner som leder. Jeg er leder fordi av en eller annen grunn så har jeg blitt det. Kanskje jeg har noen egenskaper som gjorde at det var greit at jeg tok en slik rolle? Tid, sted eller timing, det er ikke nødvendigvis det at en har valgt å bli leder, men at du har blitt dyrket frem av omgivelsene og det som har skjedd rundt deg.”

Organiseringen på sykehus gjør at flere faggrupper samhandler på tvers av alle nivåer. Når det gjelder ledelse, er det først og fremst mennesker og relasjoner mellom mennesker som utvikles over tid. Flere av informantene påpeker at det er mennesker de leder og at det handler mye om å kjenne sine medarbeidere, vite hva de kan og hvordan de kan bidra med sin kunnskap. Det handler også mye om kommunikasjon mellom mennesker. En av informantene sa følgende:

“ Noen medarbeidere er mye mer følsomme, og det skal så lite til før det er fullstendig katastrofe. Det er klart at slike personer kommuniserer en med på en helt annen måte, og har en annen tilnærming enn folk du kjenner er jordfestet litt annerledes. (...) Det handler om at jeg vet veldig godt hva andre har kompetanse på og er gode på, og jeg tar beslutninger ut i fra det, og det er det som er jobben min.

Flere av informantene beskriver seg selv som strategiske og ser merverdien av å planlegge prosesser godt. De er opptatt av å levere til forventningene som blir satt, både til ledelsen over og ned til avdelingene. Noen av informantene var opptatt av detaljer og evner å se når ting ikke fungerer. De fremhever at det er kultur for å gi tilbakemeldinger om hvordan de har opplevd logistikken rundt ulike prosesser, slik at de kan gjøre det bedre neste gang.

“ Styrken min er at jeg er strategisk. Jeg setter sammen informasjon og bruker informasjon. Jeg er en igangsetter. Jeg er tydelig, evner å ta beslutninger og evner å stå i ubehag.”

Oppsummert beskriver informantene seg som tydelige og synlige ledere. De trekker frem viktigheten av å spille hverandre gode. Det er viktig med gode relasjoner, god kommunikasjon, tillit og klare forventninger begge veier. De setter gode prosesser og god planlegging høyt, og ønsker å være en involverende og delegerende leder. Det å spørre om hjelp er viktig, og de knytter dette til å være en kvinnelig egenskap.

4.2.2 Behov og motivasjon

For å undersøke hvilke behov og hva som motiverer våre informanter, spurte vi om situasjoner der de opplevde mestring.

En av informantene opplevde mestringsfølelse da hennes avdeling hadde gjennomført en omstillingsprosess og kommet ut av det på en god måte. Hun fortalte også at hun opplevde det som inspirerende når de hadde fått til gode resultater i fellesskap. I tillegg var det viktig å være resultatorientert og opptatt av å nå de mål og krav som er satt til henne og hennes klinikk. Det hun mente er viktig for å oppnå god ledelse oppsummerte hun slik:

“Det er viktig å gripe an ting tidlig, kommuniserer godt, være ærlig og tydelig. Ordentlige prosesser. Jeg tror også det er viktig at medarbeiderne ikke tror en har en skjult agenda, men at en faktisk nettopp er ærlig og at en formidler hvorfor en gjør det en gjør. Folk må kjenne en trygghet i at det er ordentlig og ekte det jeg holder på med”

En informant som har vært gjennom en omstillingsprosess nevner at hun fikk positive tilbakemeldinger både til sin klinikk og til seg selv som leder. Da kjente hun mestringsfølelsen og takknemligheten for at hun jobber i et slikt miljø hvor en kan få slike tilbakemeldinger. Videre knytter hun mestring av lederrollen sammen med det å ha god

stemning på klinikken og opplevelsen av at en leder sammen. Hun nevner at dersom en skal lykkes som leder på et høyt nivå så må en være bevisst på at en tåler å stå i motvind.

En av informantene forteller at hun opplevde mestring i forbindelse med det å flytte inn i nytt sykehus. Dette var for hennes klinikk en prosess som gikk veldig fint, grunnet et godt forarbeid. Hun forteller også at i forbindelse med at hun ble sjef for en ny avdeling opplevde hun at de ansatte på den nye avdelingen tenkte at hun ikke kom til å bry seg om dem. For å endre på deres oppfatning brukte hun mye tid og energi på å vise interesse for deres arbeid og skaffe dem utstyr. I ettertid fikk hun hyggelige tilbakemeldinger og folk fortalte at det var kjekt at hun stod på for de. Hun tenkte at det skulle bare mangle og poengterte at det er viktig at en leder ser alle:

“Det er det jeg sier til de som blir ledere, må passe på at du ser alle liksom. Ikke bare de du samarbeider med hele tiden”

En av informantene hadde ikke konkret eksempel på en situasjon hvor hun følte at hun mestret lederrollen. Denne informanten hadde derimot reflektert rundt hva hun mente var viktig for å mestre lederrollen og nevnte blant annet at hun opplevde følgende som viktig:

“Planlegger godt. Eie saken, vet hvor jeg vil, vet hvor jeg står. Jeg tar kontrollen over min situasjon i det å stå i en vanskelig situasjon. Jeg styrer ikke andre, men kontrollerer det jeg kan kontrollere. Jeg er også bevisst på hva jeg ønsker å oppnå før jeg går inn i de vanskelige situasjonene”

Denne samme informanten nevner at hun opplever mestring i situasjoner hvor hun har vært med på å gjøre en forskjell, både når det gjelder drift og enkeltpersoner.

“Jeg føler jeg lykkes når jeg skaper merverdi rundt meg. Når jeg skaffer utstyr, areal, har sørget for at noen har fått gjennomført sin utdanning eller lignende hvor du ser resultater eller skaper noe for noen, der lykkes jeg som leder”

Oppsummert knytter flere av informantene mestring sammen med felleskap. Dette viser at tilhørighet er viktig for informantene. Samtidig motiveres flere av informantene av synlige og gode resultater. Ønsket om å prestere kommer frem. Samtlige informanter har også klare meninger om hva som er viktig for å mestre lederrollen. Det fremkommer at det å oppnå noe, å mestre noe skjer ved å spille på andres tanker og kompetanse. Kultur for tilbakemeldinger er også viktig i denne sammenhengen, som igjen fører til læring og erfaring både for lederen og for medarbeidere.

4.3 Informantenes tanker om strategi

For å forsøke å finne ut om informantene hadde bevisste strategier for å få innflytelse, spurte vi om de opplever at de har innflytelse nedover i klinikken og oppover i ledelsen. Det var stor enighet om at de generelt har god innflytelse og påvirkningsmakt. Det kommer frem at samtlige informanter hadde god kontroll over egen virksomhet.

“Du kan egentlig gjøre en del endringer så lenge du holder deg innenfor den rammen du har.”

En av informantene trakk spesielt frem pasientene og muligheten til å forme systemer som kommer pasientene til gode.

“ Vi må tenke på pasienten. Jeg har jo påvirkningsmuligheter til å få til gode systemer i større grad.”

En annen informant forteller at det er en kamp om ressurser og krav om effektivisering. Dette krever en viss påvirkningskraft og klinikken må tåle nye forslag.

“ Vi er alle sammen klar over at, uavhengig av hva Bent Høie og andre sier, at vi får for lite penger. Det er ikke samsvar mellom de antall ressurser vi får og de oppgavene vi blir pålagt.

(...) Til folka mine sier jeg at: Vi kommer ikke til den dagen der ingen leger og ingen sykepleiere skal behandle en hel haug med pasienter. Jeg prøver å si at effektiviseringen har kanskje hos oss kommet. Så lenge vi er så mange vi er nå, fikser vi det. Og det kan hende at vi også klarer litt økt aktivitet. Men hvis noen forventer at vi skal bli færre, så kommer det ikke til å gå opp.”

Informantene er enige om at de også har en viss innflytelse på avgjørelser tatt over dem. Flere opplever at de har ledere som de kan ta opp ting med og som er lydhøre for det de har å si. Det handler om å ha gode saker og legge de frem på en ordentlig måte. En av informantene nevner at det er viktig for stemningen i klinikken å få gjennomslag for ting.

“For at en beslutning skal være god må det ha gehør, ellers er det ingen vits i å bestemme i noe som ingen synes er bra. (...) Det handler om hva du tar opp og hvordan du gjør det.”

En av informantene beskrev hvordan hun kunne oppnå mer innflytelse på ved å bruke tillit og troverdighet:

“Det å evne å skrive gode saksfremlegg, det å ha gode prosjekter, det er gjerne på den måten en kan få best innflytelse på. Det handler om å levere til riktig tid, til riktig kostnad og fremme sakene sine med en trygghet som skaper tillit. (...) En må hele tiden bygge tillit for å være troverdig i det du gjør. Det er der en har styrken sin i forhold til det å få gjennomført ting.”

Debatten om hvem som skal lede på sykehusene har vært mye omdiskutert. Med hensyn til anonymitet kan vi ikke skille mellom utsagn fra leger og ikke leger, eller sammenligne disse. Vi spurte informantene om det har betydning hvem som sitter i sykehusets ledelse, og de er stort sett enige i at klinikkjefene bør ha en eller annen form for helsefaglig bakgrunn. Årsaken til det er at man må forstå hva som fungerer på gulvet. Uten helsefaglig bakgrunn innen egen klinikk blir driften og de daglige problemene vanskelige å forstå. En av informantene sa følgende:

“Det har noen ting med fagbakgrunn, for å vite hva som foregår nedover, det er viktig å ha en relatert fagbakgrunn i akkurat denne virksomheten. For jeg vet ikke riktig hvordan du skal forstå hva som foregår hvis du ikke har dybdekunnskap av virksomheten, og det må du. Da er spørsmålet: Må man ha jobbet her selv? og hvis man ikke har det så må man bruke det første halve året til å kle på seg arbeidstøy, og gå rundt og finne ut av det.”

En kommer inn på spørsmålet om legitimitet og autoritet med tanke på kompetansehierarkiet. Noen av informantene mente det burde være leger som ledet klinikkene, mens andre synes det ikke var av betydning. Det er i det minste enighet om at det er det medisinsk-faglige perspektivet som gjelder i alle ledd.

“Jeg opplever ikke, bortsett i fra kampens hete, at noen stiller spørsmål ved min autoritet, fordi jeg har en faglig autoritet. Jeg tror at det har vært mye diskusjon om at er man leder så kan man lede hva som helst. Det er jeg neimen ikke sikker på. (...) Selv om det snakkes om profesjonskamper, opplever jeg ikke den.”

En av informantene fremhever at ledelse av kunnskapsarbeidere er krevende, og det krever en viss autoritet å lede høyt utdannede leger. Informanten uttrykker at de er avhengig av gehør blant dem.

“Det er ganske mange av oss klinikkjefer som opplever at det tøffeste er å lede legegruppa. Fordi de er jo veldig høyt utdanna. Det er jo ikke hvem som helst som jobber som leger på et sykehus heller. Og du jobber nok ganske mye for å få impact der altså. At du skal få tillit, at du skal ha en autoritet til den gruppa.”

Oppsummert kan en trekke frem at det er enighet blant informantene når det gjelder innflytelse. De opplever at de har innflytelse, spesielt nedover i sin egen klinikk, men også på opp i toppledelsen. De har ledere som er lydhøre og dette gir muligheter for å komme med nye forslag. Det er viktig å ha gode saksfremlegg og forberede seg godt for å få sine saker gjennom. Dette vil ikke bare ha en positiv effekt på innflytelse oppover, men også en positiv smitteeffekt nedover. Å få gjennomslag til ledelsen, skaper tillit og troverdighet til å få gjennomslag for saker nedover. Informantene er enige om at det er helsefaglige ledere som bør lede klinikkene. Dette er viktig for å forstå den daglige driften. Legegruppen fremkommer som den mest krevende yrkesgruppen å lede. Det er en viss enighet om at det er leger som burde lede, fordi en da oppnår mer legitimitet og autoritet over legegruppen.

5. Drøfting

Hensikten med drøftingskapitlet er å bruke teorien fra kapittel 2 for å belyse funn i analysekapitlet. Med tanke på oppgavens omfang, er det ikke mulig å drøfte hvert eneste moment i det store datagrunnlaget som vi har samlet. Hovedfokuset vårt vil være funn som enten bekrefter teori, eller som kan inneholde paradokser. Drøftingen er delt i henhold til analysemodellen og vil drøftes deretter. Dette gir en bedre oversikt og vi vil kunne trekke sammenhenger gjennom hele oppgaven.

5.1 Ledernes bakgrunn

5.1.1 Erfaring

Informantene hadde lang erfaring som ledere og hadde tatt videreutdanning innen ledelse. Dette viser at informantene er åpne for erfaring, de ønsker mer kunnskap og kompetanse. I følge French og Ravens fem kilder til makt (1959), referert i Andersen (2011), kan dette være bruk av ekspertmakt. Lederne bruker kunnskap som en strategi for å oppnå innflytelse. Informantene som hadde bakgrunn som lege, hadde et behov for å presisere at de først og fremst var leger, og at klinisk arbeid også var viktig ved siden av lederrollen. Dette stemmer med Johannesen og Olaisen (2007) som også viser at ledere med legebakgrunn ofte vil sette den faglige kompetansen i sentrum og ha et faglig fokus.

Samtlige informanter nevner at de trives i sin stilling. En kan koble trivsel med McClellands (1990) behovsteorier der prestasjon, makt og tilhørighet er sentrale begreper. Trivsel og motivasjon er to nære begreper og kan i mer eller mindre grad påvirke hverandre. Informantene var alle opptatte av å levere resultater uavhengig av kjønn, bakgrunn og kompetansenivå. Informantene forteller at de er resultatorienterte og over gjennomsnittlig interessert i å nå mål og krav som var satt. McClelland beskriver ledere med sterkt prestasjonsbehov som opptatt av

hvor godt de selv gjør det, og dette går ut over medmenneskelige relasjoner (Andersen, 2011). Selv om prestasjonsbehovet fremstår som høyt hos informantene, står det i kontrast med hvordan de beskriver seg selv og hvordan de tror andre oppfatter dem som ledere.

Personalsaker og saker som involverer andres følelser blir påpekt som det vanskeligste med å være leder. Dette viser at de er omgjengelige og har empati for sine ansatte. De synes ikke det er kjekt å sette ansatte i vanskelige situasjoner eller bidra til at de blir såret. De opplever negative følelser i forbindelse med dette. Hvordan de takler slike situasjoner baseres på tidligere erfaringer.

Flere påpeker at det er viktig å tørre å ta den vanskelige samtalen, tørre å stå i stormen. Erfaringsmessig har informantene funnet at strategier som å være tydelig, ha gode prosesser og tilpasse situasjonen kan gjøre vanskelige situasjoner enklere. Informasjonsinnhenting er også en strategi som kan benyttes for å få gode prosesser. Både legitim makt, belønningsmakt og tvangsmakt blir brukt i disse tilfellene.

Informantene opplever mestring når de når mål sammen med andre. Mestring blir dermed knyttet til fellesskap. De er opptatte av gode relasjoner til sine medarbeidere og det fremkommer at våre informanter har en høyere grad av relasjonsorientert lederstil, i motsetning til oppgaveorientert lederstil (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Tilhørighetsbehovet og den sosiale formen for maktbehov fremkommer som gjeldende for våre informanter, da det er viktig at løsninger skal være til det beste for fellesskapet og at vennlige forbindelser opprettholdes.

5.1.2 Personlighet

Å være tydelig og synlig og å anerkjenne andre ble nevnt av de fleste. Anerkjennelse blir en form for belønning og en strategi for å få innflytelse. Informantene bruker belønning som maktkilde. De er tydelige på hva som forventes og på denne måten vet de ansatte hva som skal til for å oppnå belønningen. Ved bruk av belønning kan man anta at det også blir brukt

tvangsmakt, fordi fravær av belønning kan tolkes som straff. Å ikke anerkjenne blir derfor også en strategi for å oppnå innflytelse.

Det blir trukket fram at det å være ryddig, transparent og åpen i prosesser ble sett på som positivt av ansatte. Å høre på ulike synspunkter blir og trukket frem som viktig. Dette kan knyttes sammen med at en motiveres av behovet for tilhørighet. En viser at hun er opptatt av sosiale relasjoner og på denne måten lærer hun raskere hvilke relasjoner som finnes mellom andre (Andersen 2011). I følge Døving et al (2016) bruker lederne her makt på en god måte fordi de utviser forståelse for kommunikasjon, regi, timing og sosial intelligens. Behovet for tilhørighet legger på denne måten grunnlaget for bruk av strategier om å være ryddig, transparent og åpen.

Maskuline og feminine trekk ble nevnt av flere. En informant viser til at hun er mer “guttedame” og mer kontant. Hun avslutter med å fortelle at dette er noe hun mener er en styrke. I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) forventes det at kvinner skal være mer omsorgsfulle og samarbeidsorienterte, samtidig som de skal “mannlige egenskaper” som instrumentelle og effektive. Denne informanten viser at det eksisterer ulike forventninger knyttet til kjønn og at hun ved å bryte med disse forventningene blir sett på som en bedre leder.

“Flink til å spille på hjernene rundt seg” er også en strategi som blir brukt for å få innflytelse. Her viser informantene at de scorer høyt på trekket “åpenhet for erfaring”. Dette stemmer overens med tidligere forskning (Martinsen og Glasø, 2014) Dette viser også at informantene lever opp til de “typiske” forventinger om at kvinnelige ledere skal være samarbeidsorienterte og omsorgsfulle (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Å la andre slippe til kobles til transformasjonsledelse hvor lederen er opptatt av å tilfredsstille medarbeidernes behov for utvikling (Myrvang, 2016). Ved å spille på hjernene rundt seg og la andre slippe til utviser lederen tillit, noe som skal til for å få oppslutning rundt lederens visjon (ibid).

“Å snakke i myke ord” er også som en strategi for å få innflytelse. Ved å ordlegge seg på en myk måte kan informanten oppleves som mer omsorgsfull. Hun møter da bedre de

forventningene som ligger til kvinnelige ledere og på denne måten skapes det trygghet og tillit.

5.1.3 Kjønn

Informantene har varierende svar på om de opplever at det stilles andre forventninger til dem som kvinnelige ledere. Noen informanter mener de ikke har opplevd andre forventninger, mens andre forteller at det har forekommet situasjoner der det var forventet at hun skulle være mer forståelsesfull, omsorgsfull og snill. Det fremkommer at informantene tror forventningene har endret seg over tid, og at det var vanskeligere for kvinnelige ledere før i tiden.

I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) bruker menn og kvinner makt forskjellig. Dette stemmer med våre funn, da informanter bruker mindre tvangsbasert og nyttebasert makt. Strategien for å få innflytelse nedover i klinikken er delegering, og å gi friere tøyler til å løse oppgaver som er positivt for fellesskapet.

Våre informanter forteller at de ikke er redd for å spørre om råd, og spille på kunnskapen til sine medarbeidere. Dette samsvarer med at kvinnelige ledere er mer åpne for andres synspunkter og kommuniserer på en mer kompleks måte enn menn. De er mer samarbeidsorienterte og bruker mer følelser i sin lederstil (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Det er forventninger om at kvinner skal være mer samarbeidsvillige og omsorgsfulle, og menn skal være mer instrumentelle og effektive. Samtidig møter kvinnelige ledere forventninger om å både inneha kvinnelige egenskaper, og mannlige egenskaper (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Dermed kan det virke som om det stilles flere forventninger til kvinner enn til menn. Selv om informantene ikke opplever det selv, kan informantene ha disse trekkene uten å tenke over det, og dermed opplever de ikke forskjellen i forventninger. Det kan være en styrke å inneha både kvinnelige og mannlige egenskaper, og bruke dette som en strategi. I

følge informantene er det en styrke å ha maskuline trekk. Det er derimot vanskelig å si om forskjellene i kjønn gir utslag i ulik effektivitet.

En av informantene opplevde at det kunne være lettere for menn å stikke seg frem blant kvinnene på sykehuset. Det skal ikke like mye til for at menn får høyere stillinger. I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) er det stadig mer forskning som påpeker at kvinner kommer dårligere ut enn menn når det gjelder lønnsutsikter og karrieremuligheter. Jacobsen og Thorsvik (2013) påpeker at det også er maktrelasjoner som favoriserer menn, men at disse reproduseres over tid gjennom kjønnsbaserte tradisjoner for rekruttering, arbeidsdeling og karriere. En annen faktor som kan gi forskjellsbehandling av kvinner og menn, på en kvinnedominert arbeidsplass, kan være et resultat av organisatoriske prinsipper og praksis som tilfeldig påvirker hvordan karrieren utvikles for kvinner og menn (Traavik og Richardsen i Martinsen, 2009)

Når det nå utdannes flere kvinnelige leger, må de ifølge Gjerberg (2004) referert i Irgens og Wennes (2011) finne andre metoder for å få samme assistanse som de mannlige legene. Kvinnelige leger blir ofte anklaget for å være tøffe, maskuline og autoritære. Kvinnelige ledere som er leger kan antas å bli sett på som tøff og autoritær, da de ofte sammenlignes med andre kvinner på arbeidsplassen. Majoriteten av kvinner som jobber på sykehuset er kvinnelige sykepleiere som forventes å være mer omsorgsfull til sammenligning med leger. Dette noe kvinnelige leger må ta stilling til og de må forme legerolle på en annen måte enn menn for å få gjennomslag (Irgens og Wennes, 2011).

Kvinnelige ledere må balansere familie og jobb, takle flere roller og stereotypier på alle nivå. Informantene bryter med både kjønnshierarkiet og kompetanshierarkiet. Når det kommer til hindringer de møter i arbeidslivet, kan dette være mange. I følge Morrison et al. (1992) er det tre viktige faktorer som kan være medvirkende for flere kvinner i toppledelsen: utfordring, anerkjennelse og støtte (Morrison et al. 1992, referert i Martinsen, 2009) Det virker som om informantene søker seg til nye utfordringer som forskning eller prosjekter. Informantene nevner og at det er viktig med rollemodeller og støtte hjemmefra. Det var også viktig for dem at de selv var gode rollemodeller. Om en sammenligner kvinnelige ledere og mannlige ledere, kan en spørre om de har de samme behovene, eller om dette er gitt at den mannlige lederen

automatisk får. En av informantene nevnte at det var viktig med støtte hjemmefra. Det er nødvendigvis ikke den samme støtten som en mannlig leder ville hatt behov for.

Flere mener det ikke handler om kjønn men om egen innstilling, og de er opptatt av at prestasjoner går foran kjønn.

5.1.4 Organisasjon

Informantene opplevde ikke at sykehuset hadde hierarkisk struktur, men heller flat struktur. Det at vi kun har intervjuet ledere på toppledernivå kan være en årsak til dette. Dersom vi hadde intervjuet ledere lengre ned i hierarkiet kunne svaret ha vært annerledes. I følge Eagly og Carli (2007) knyttes glasstaket ofte opp mot at kvinner har problemer med å nå toppledelsen. Alle våre informanter var etablert i toppledelsen og kan dermed ha kommet seg forbi glasstaket, dette kan være en av årsakene til at det ikke ble nevnt.

Selv om strukturen ble oppfattet som flat framkom det at enkelte opplevde at det var klare roller med tydelige ansvarsområdet. Bruk av legitim makt viser til at den ansatte etterlever lederen fordi de vet at lederen har en rett til å gi ordre og de har en rett til å følge (Andersen, 2011). Med tydelige roller og ansvarsområder kan en anta at det blir lettere for lederne å bruke legitim makt som en strategi, fordi de ansatte vet hva lederen har ansvar for.

For å få flere kvinner i toppledelsen ble det påpekt at dette var noe ledelsen måtte ville. Det ble nevnt at en måtte være like nysgjerrig på kvinners meninger som menns meninger. Samtidig ble det nevnt at kjønn ikke hadde noe å si i denne sammenheng, men at kompetanse var det avgjørende for hvem som ble ansatt i ledelsen. Dette blir en selvmotsigende hvor de både bekrefter og avkrefter at kjønn betyr noe. Det kan virke som informantene selv har tatt et standpunkt om at kjønn ikke skal bety noe i denne sammenheng?

5.2 Atferd

5.2.1 Lederstil

Tydelig og synlig er egenskaper som er viktige i transaksjonsledelse. Her er lederen tydelig på hva som forventes av de ansatte og hva de vil få tilbake dersom arbeidsoppgaver er utført i henhold til kravene (Myrvang, 2016). Strategien som blir brukt i denne sammenheng er altså bruk av belønning og straff.

Det å være tydelig og direkte hadde en informant erfart at ikke utelukkende var positivt. Dette hadde hun tatt til etterretning ved å bli mer spørrende og flinkere til å samle inn informasjon. Å ta raske beslutninger blir i følge Irgens og Wennes (2011) tillagt å være en mannlig egenskap. Denne informanten har dermed gått fra å være mannlig til å bli mer feminin. En kan si at forventningene til henne som kvinne har medført at hun selv har blitt feminisert og dermed bidrar til feminisering av lederrollen. At denne informanten har blitt mer åpen for andres synspunkt stemmer overens med Jacobsen og Thorsvik (2013) sin teori om at kvinner er mer åpne for å høre andres synspunkter og mer samarbeidsorientert. Denne informanten har dermed byttet strategi som følge av erfaring. Den nye strategien innebærer i større grad enn før at hun involverer andre og er flinkere til å samle inn informasjon.

Flere trekker frem viktigheten av å spille på hjernene rundt seg og det å spørre om råd blir sett på som en kvinnelig egenskap. Dette understreker at informantene er bevisst på hvilke egenskaper som tillegges mannen og hvilke egenskaper som tillegges kvinnen. Døving et al (2016) viser til at makt først gir legitimitet når den brukes og skapes i organisasjoner. Å involvere andre blir på denne måten en strategi for å få aksept rundt de beslutninger som fattes. Dette stemmer også overens med Jacobsen og Thorsviks (2013) teori om at kvinner er mer samarbeidsorienterte.

Å ha gode prosesser og god planlegging nevnes av flere som en viktig strategi for å få gjennomslag. De er videre opptatt av å prestere på de forventninger som kommer nedenfra og ovenfra. I følge McClelland (1990) referert i Andersen (2011) er behovet for å prestere

generelt knyttet til bedre prestasjoner hos ledere. Å være opptatt av gode prosesser og å være godt forberedt kan også knyttes sammen med personlighetstrekket samvittighetsfullhet. Samvittighetsfullhet består blant annet av nettopp det å ha orden, kompetanse og å være betenksom (Martinsen og Glasø, 2014). Å forberede seg godt passer innunder French og Ravens (1959) rerefert i Andersen (2011) sin ekspertmakt. Her følger de ansatte lederen nettopp fordi de opplever at den har god kontroll og kompetanse. Gode forberedelser og prosesser blir derfor en strategi for å oppnå innflytelse.

Kommunikasjonen med medarbeiderne blir trukket fram som viktig for de fleste informantene. Det handler om å “kjenne” medarbeiderne godt for å vite hvem som kan bidra med hva. Videre presiseres det at det er viktig å tilpasse kommunikasjonen til den en snakker med. En bruker ulike måter å kommunisere på med ulike personer. Strategien her er altså å kjenne sine medarbeidere. Dette oppnår lederne gjennom tilpasset kommunikasjon. Jakobsen og Thorsvik (2013) bekrefter at kvinner kommuniserer på en mer kompleks måte enn menn. Det stemmer at kvinner gjerne er flinkere til å tilpasse kommunikasjonen. Å bruke kommunikasjon som en strategi passer inn i det Jacobsen og Thorsvik (2013) kaller relasjonsorientert ledelse, hvor lederen er opptatt av gode relasjoner til sine ansatte.

5.2.2 Behov og motivasjon

Lederes motivasjon påvirker deres atferd, dermed også deres lederstil. Informantene opplever at mestring er noe som skjer i fellesskap og de motiveres altså av tilhørighet. I følge informantene er prestasjonsbehovet også høyt. De er opptatte av forbedring og kreativt løse problemer. Det fremkommer at informantene ønsker å løse problemer ikke for egen vinning, men til fellesskapets beste. Teorien tilsier at personer med høyt prestasjonsbehov vil føre til at en ikke håndterer mellommenneskelige relasjoner godt (McClellan 1990). En av informantene forteller at hun ikke har personlige ambisjoner som leder og presterer ved å spille på andres tanker og kompetanse. Dette er en strategi hun bruker for å oppnå resultater. Det står i kontrast med teorien om prestasjonsbehovet, da våre informanter flere ganger gjentar hvor viktig fellesskapet er (Andersen, 2011)

Det virker som informantene har tillit til sine medarbeidere. Når det er økt grad av tillit, vil medarbeidere få friere tøyler. Dette kan ses som lav grad av personlig maktbehov som viser til ønsket om å kontrollere andres arbeid eller påvirke deres atferd. Felleskap og tilhørighet kan være faktorer som øker graden av det sosialiserte maktbehovet. Det er en fin balanse mellom lite initiativ og mye initiativ som lederne må ta stilling til (Andersen, 2011)

Når det kommer til bruk av maktbehovet er dette situasjonsbetinget. Informantene nevner at de tilpasser strategier og grad av makt. De leser situasjonen, en egenskap som har kommet med erfaring.

Informantene er opptatt av tilhørighet og felleskap. Økt grad av tilhørighetsbehov har imidlertid vist seg å ikke bidra til effektiv ledelse. Kjentegn på dette er at de unngår konflikter og unngår å fatte beslutninger som sårer andre. Informantene er tydelige på at de tør å stå i det, tør å ta den vanskelige samtalen og håndterer vanskelige situasjoner. Selv om informantene er opptatt av tilhørighet, betyr det ikke at de unngår konflikter (Andersen, 2011). Når det håndteres vanskelige situasjoner viser de at de er åpne for tilbakemeldinger. Det var viktig for informantene at det var kultur for tilbakemeldinger som gir læring og erfaring for alle involverte.

5.2.3 Informantenes tanker om strategi

Det var enighet blant informantene om at de opplevde å ha innflytelse både nedover og oppover. Så lenge en holdt seg innenfor egne rammer kunne en få gjennomført endringer. Rammeverket til en leder kan være hennes formelle stillingsbeskrivelse. Å lede ut i fra dette vil kunne bety at en bruker legitim makt som maktkilde. Her etterlever de ansatte fordi de vet at lederen har en rett til å bestemme og de har en plikt til å følge (French og Ravens, 1959) referert i (Andersen, 2011). Strategien for å få innflytelse blir her å lede ut i fra den makten en har fått tildelt.

Andre strategier som blir nevnt for å få innflytelse oppover er blant annet å ha gode saker og legge dem frem på riktig måte. En nevner også at det er viktig å få gjennomslag oppover for å

skape god stemning i klinikken. Her henger graden av innflytelse oppover sammen med graden av innflytelsen nedover. Ved å få gjennom saker oppover skaffer lederen seg personlighetsmakt. Her vil de ansatte etterlever sin leder fordi de beundrer lederen og ønsker dens anerkjennelse (French og Ravens 1959), referert i (Andersen 2011). Personlighetsmakt er positivt koblet til ansattes prestasjoner og tilfredsstillelse. Ved å bruke ekspertmakt, forberede seg godt, oppnår lederen innflytelse hos ledelsen. Når ansatte ser dette skapes det beundring for lederen og lederen oppnår innflytelse gjennom personlighetsmakt. Dette er dermed en god sirkel.

Tillit blir trukket fram som viktig for innflytelse både nedover og oppover. En forklarer at dette oppnår hun ved å levere til riktig tid, riktig kostnad og ved å fremstå som trygg. Samvittighetsfull er et trekk som innebærer blant annet å være pliktoppfyllende, ha orden, strebe etter å prestere og å ha selvdisiplin (Martinsen og Glasø, 2014) Metaanalyser viser også at dette er et trekk kvinner har en tendens til å score høyt på (ibid). Ved å være samvittighetsfull innfrir de forventningene de har knyttet til seg, dette skaper tillit. Når en leder har tillit kan den lettere få oppslutning rundt visjoner (Myrvang, 2016). Dette er forenlig med transformasjonsledelse hvor lederen setter medarbeideren i sentrum og ønsker at de skal nå sitt fulle potensiale. Strategien i denne sammenheng blir dermed å få tillit ovenfra for å få tillit nedover. På samme måte som i avsnittet over er lederen her inne i en god sirkel.

Det faglige perspektivet viste seg å være den viktigste faktoren på spørsmål om hvem som burde lede på sykehusene. Informantene mente det var viktig at en leder kunne forstå det som skjedde i virksomheten og dette var viktig for å få autoritet. Her kan det virke som informantene mener ekspertmakt er det som skal til for å få innflytelse. Døving et al. (2016) påpeker at på sykehus ligger makten ofte i den uformelle maktrelasjonen, som blant annet viser til at ledere ofte har en naturlig autoritet gjennom sin faglige bakgrunn eller personlighet. Samtidig påpeker han at det er viktig at ansatte med faglig bakgrunn ikke må la seg styre av personlige og faglige ambisjoner. Det ser ut til at Ivan Spehars (2016) forskning på maktstrukturer i sykehus ser ut til å gjelde for våre informanter og at ledere med medisinsk faglig bakgrunn blir favorisert. Flere trekker fram at det er tyngst å lede legegruppen. Dette korrelerer godt med Ivan Spehars forskning hvor han blant annet fant at sykepleiere i lederroller opplever at de skal være særdeles flink for å få gehør hos legene.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har vi forsøkt å finne ut hvordan kvinnelige toppledere oppnår innflytelse. Vi har benyttet et kvalitativt forskningsdesign og har gjennomført fem semistrukturerte intervjuer. Innledningsvis har vi aktualisert vår problemstilling.

Vår problemstilling med underliggende forskningsspørsmål er:

Hvordan oppnår kvinnelige toppledere ved norske sykehus innflytelse?

Hvilke strategier benytter de seg av for å oppnå innflytelse?

Fra et teoretisk perspektiv handler ledelse om atferd og en bruker sin atferden til å påvirke andre. Vår atferd styres av flere elementer og vi har benyttet både trekkteori, McClellands motivasjonsteori, French og Ravens fem kilder til makt, teori om ulike lederstiler og teori om ledelse og kjønn.

Våre funn viser at kvinnelige ledere benytter seg av ulike strategier for å oppnå innflytelse. Dette samstemmer med det Yukl (1994:218), referert i Andersen (2011) påpeker, at effektive ledere benytter seg av en miks av ulike makttyper. Flere strategier benyttes av samtlige informanter. Alle informantene viste at de var åpen for erfaring og opptatt av å tilegne seg ny kunnskap. Ekspertmakt ble på denne måten utvist av alle og kunnskap ble en strategi for å oppnå innflytelse. Det fremkommer videre at legene var spesielt opptatt av sin medisinske bakgrunn. Dette er med på å bekrefte at kompetansehierarkiet fremdeles eksisterer på sykehusene. På spørsmål om hvem som burde lede i sykehusene kom det samme frem, nemlig at den faglige kompetansen var viktig. Dette stemmer overens med det Ivan Spehar (2016) fant i sine studier, nemlig at de sosiale maktstrukturene på sykehus favoriserer ledere med medisinskfaglig bakgrunn.

Informantene var i stor grad motivert av behovet for tilhørighet og behovet for å prestere. Disse behovene står i kontrast til hverandre da behov for å prestere går utover menneskelige relasjoner. Dette viser våre informanter at ikke er tilfelle for dem. De setter fellesskapet høyt og knytter mestring til det en klarer sammen med andre. Videre opplever de situasjoner hvor menneskelige følelser er involvert som de vanskeligste. Dette på tross at de nevner at de er opptatt av å prestere og er resultatorientert. Dette står i motsetning til McClelland (1990) sin teori om at ledere med sterkt prestasjonsbehov håndterer mellommenneskelige relasjoner dårlig.

På spørsmålet om kjønn hadde noen betydning for informantenes måte å lede på svarte flertallet nei. Flere anerkjente at dette var noe andre kjente på, men det virket som de selv hadde tatt et standpunkt om at dette ikke gjaldt for dem. For dem var det kompetansen som gjaldt. Dette støtter likevel opp under teori, ref. kapittel 2.3, om at glasstaket eksisterer. På spørsmålet om de opplevde andre forventninger svarte også flertallet nei. En av informantene sa likevel at hun hadde fått tilbakemelding på at hun var for direkte og kontant, og hadde måttet endre seg. En annen informant opplevde en forventning om at hun skulle være mer omsorgsfull og mer samvittighetsfull fordi hun var kvinne. Disse forventningene til kvinnelige ledere ble også funnet av Jacobsen og Thorsvik (2013), ref. kapittel 2.3. Både teori og det som kom fram i intervjuene kan tyde på at det totalt sett stilles flere forventninger til kvinnelige ledere enn til mannlige ledere. Med flere forventninger blir det også vanskeligere å balanserer maktbruken mellom det å være passiv og det å være diktatorisk.

Av strategier som ble brukt og som samstemte med andre teorier om hvordan kvinnelige ledere leder, ref. kapittel 2.3, var å anerkjenne andre, spille på andres kunnskaper, tilpasse kommunikasjon, planlegge godt, være åpen og transparent. Det kom også frem at det var vel så viktig å få innflytelse oppover som nedover, da disse viste seg å henge sterkt sammen. Dersom en fikk tillit oppover fikk en også tillit nedover. Ved å bruke kunnskap, ekspertmakt, oppover fikk en tillit nedover og kunne benytte seg av personlighetsmakt nedover. Gode forberedelser, god timing og gode saksfremlegg var strategier for innflytelse oppover, mens å bruke belønning eller anerkjennelse ble brukt som strategi for å få innflytelse nedover.

6.1 Begrensninger og forslag til videre forskning

Flere uttrykte at de ikke visste hvordan en skulle få autoritet i legegruppen dersom en ikke selv var lege. Her kunne det imidlertid vært interessant å ha intervjuet flere slik at en kunne differensiere tydeligere på utsagn av leger og utsagn av ikke leger. Dette lot seg dessverre ikke gjøre med tanke på oppgavens omfang. Det kan tenkes at en hadde funnet tydeligere mønster dersom en hadde hatt muligheten til dette. Kanskje hadde en også fått andre svar dersom en hadde inkludert ledere uten helsefaglig bakgrunn og mannlige ledere. Dette kunne muligens vært med på å ytterligere avkrefte eller bekrefte kompetanshierarkiet og kjønns hierarkiet.

Der McClellands teori ikke stemte med egne funn og det fremkommer at våre informanter både var prestasjonsorienterte samtidig som de var opptatt av fellesskapet, kunne det vært interessant å se om dette også gjelder for mannlige ledere. Da ville en kanskje fått en formening om det å både være prestasjonsorientert og opptatt av fellesskapet er et kvinnelig fenomen eller om dette ikke er forankret i kjønn.

Vi forsket ved et sykehus som hadde en relativt høy andel kvinner i toppledelsen, det kan ha vært medvirkende til at informantene opplevde at de fikk innflytelse oppover. Ved et sykehus hvor kvinneandelen i toppledelsen var markant lav kunne en kanskje ha fått andre svar. Det hadde vært interessant å sammenligne svar fra våre informanter med svar fra informanter fra et sykehus hvor kvinneandelen i toppledelsen var lav. Videre kunne det vært interessant å undersøke om ledere på lavere nivå opplevde å ha stor eller liten grad av innflytelse. Det kan tenkes at ledere på et så høyt nivå som våre informanter gir et nyansert bilde av situasjonen, da de ikke har særlig mange over seg og på denne måten enkelt kan se effekten av det de gjør.

6.2 Implikasjoner og anbefalinger.

For å få en høyere andel kvinner i toppledelsen kan det trekkes fram at det må fremmes et ønske om dette av den eksisterende toppledelsen. De må være bevisst på at de ønsker flere kvinner inn og generelt være like opptatt og nysgjerrig på hva kvinner mener som hva menn mener.

Til kvinner som ønsker å bli ledere kan det fra vår studie gis flere råd. Det er viktig å tørre å ta de vanskelige samtalene og tørre å stå i ubehag. Videre er det viktig å ikke være redd for å spørre andre og kunne spille på hjernene rundt seg. Å tørre å spørre blir sett på som en styrke og ikke en svakhet. Avslutningsvis er det viktig å være ærlig, transparent og åpen, både for å unngå at medarbeidere tror du har en skjult agenda, men også for å skape tillit. Tillit er en nøkkelfaktor for innflytelse både oppover og nedover.

Litteraturliste

Aftenposten.no (03.01.2014) *LO-lederen: - Kvinner møter flere hindringer enn menn på sin vei til toppen*, Tilgjengelig fra (<http://www.aftenposten.no/norge/LO-lederen---Kvinner-moter-flere-hindringer-enn-menn-pa-sin-vei-til-toppen-99258b.html>) Aftenposten.no. Lest (10.04.2017).

Andersen, J.,A. (2011) *Ledelsesteorier - om ledelse skal lede til noe*. Bergen. Fagbokforlaget.

Arbeidslivet.no (07.03.2016) *Manglende likestilling i arbeidsliver er den største barrieren*. Tilgjengelig fra (<http://www.arbeidslivet.no/Arbeid/Likestilling/Manglende-likestilling-i-arbeidslivet-er-den-storste-barrieren>) Arbeidslivet.no. Lest (10.04.2017)

Berg, N, B. (18.06.2015) *Multifaglig ledelse - Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer* (doktoravhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.

Bordvik, M (08.03.2016) *Vil ikke avlive glasstakmyten - Det er fortsatt mekanismer i sykehusene som gjør at kvinnelige ledere blir utestengt og oversett, ifølge forsker*. Dagensmedisin.no. Tilgjengelig fra: (<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/03/08/vil-ikke-avlyse-glasstak-myten/>)(Lest 13.04.2017)

Costa, P.T. og R.R. McCrae (1992). *Revised NEO personality Inventory: Professional manual*. Odessa, Fl.: Psychological Assessment Resources.

Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. 2.utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Døving, E., Elstad, B., Storvik, Aa. (2016) *Profesjon og ledelse*. Bergen, Fagbokforlaget.

Eagly, Carli (2007) *Women and the labyrinth of leadership*. Harvard Business Review, september issue. 2007 Tilgjengelig fra (<https://hbr.org/search?term=linda+l.+carli>)
Lest: (22.03.2017)

Einarsen et al. (februar 2014) *Destruktiv ledelse*. Magma.no. Tilgjengelig fra:
(<https://www.magma.no/destruktiv-ledelse1>. (Lest 23.09.2017).

Engen, Ø,B., (14.01.2016) *71 prosent kvinnelige medisinstudenter ved siste opptak*.
(internett) Dagensmedisin.no. Tilgjengelig fra:
(<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/14/mer-enn-70-prosent-kvinnelige-medisinstudenter-ved-siste-opptak>) (Lest 19.04.2016)

Erichsen, M., Solberg, F., Stiklestad, T. (2015) *Ledelse i små og mellomstore virksomheter*.
Bergen, Fagbokforlaget.

Forskning.no (22.09.2013) *Hva kan vi bruke kvalitativ forskning til?* Tilgjengelig fra
(<http://forskning.no/sosiologi/2013/09/hva-kan-vi-bruke-kvalitativ-forskning-til>)
Forskning.no. Lest: (15.04.2017).

Frøydis, B. (2009) *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet i Norge. Arbeid og Velferd* (Internett),
2009, nr 4, s 79. Tilgjengelig fra:
(<https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/arbeid-og-velferd-nr.4-2009>) (lest 27.11.2017)

Grund, J. (mai 2000) *Sykehus - hvordan bør de styres?* (internett) Magma.no. Tilgjengelig fra: (<https://www.magma.no/sykehus-hvordan-boer-de-styres>) (Lest 15.04.2017)

Høie, B. (2015). *Et verktøy for endring*: Innlegg på NSHs lederkonferanse 5/2-2015.

Irgens, J.E., Wennes, G. (2011) *Kunnskapsarbeid - om kunnskap, læring og ledelse i organisasjoner*. Bergen, Fagbokforlaget.

Jacobsen, og Thorsvik, (2013), *Hvordan organisasjoner fungerer*. Oslo, Fagbokforlaget.

Johannessen A. et al. (2011) *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. 3 utg. Oslo, Abstrakt forlag.

Johannessen, Olaisen (2007) *Styring av helseforetak - Hvorfor er sykehus så vanskelig å styre?* Oslo, Fagbokforlaget

Johansen, O. (2017) *Om å påvirke*. 2017 Bergen, Fagbokforlaget.

Kvale, S. Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg, 3.opplag 2017 Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Martinsen, Ø. (2009) *Perspektiver på ledelse*. 3.utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Martinsen, Ø,L., Glasø,L., (05.2014) *Lederes personlighet: Hva sier forskningen?* (internett) Magma.no. Tilgjengelig fra:

(<https://www.magma.no/lederes-personlighet-hva-sier-forskningen2>) (Lest 21.10.2017)

McClelland, D.C. (1990). *Human Motivation*. Cambridge University Press, Cambridge.

Mo, T.O. (januar 2006) *Ledelse til begjær eller besvær - om reformer, fag og ledelse i sykehus* (doktoravhandling). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Myrvang, R. (21.03.2016) *Hva vil du med din lederrolle?* (internett) Ledernytt.no.

Tilgjengelig fra: (<https://www.ledernytt.no/hva-vil-du-med-din-lederrolle.5858230-112372.html>), (Lest 21.10.2017)

Nrk.no (15.02.2016) *Fire av ti mannlige sykepleierstudenter slutter*.

(<https://www.nrk.no/ho/mannlige-sykepleierstudenter-blir-diskriminert-og-slutter-1.1279887>), nrk.no. Lest (27.08.2017)

Olsson, H. Sørensen, S. (2003) *Forskningsprosessen. Kvalitative og Kvantitative perspektiver*. 1.utg, 1.opplag 2003 Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Oslo- universitetssykehus.no, (uten dato) *Organisasjonskart* Tilgjengelig fra: (<https://oslo-universitetssykehus.no/om-oss/ledelsen-ved-oslo-universitetssykehus#styret>)

(lest 01.02.2017)

Traavik, L., Richardsen, A i Martinsen, Ø. (2009) *Perspektiver på ledelse*. 3.utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Regjeringen.no. (24.11.2014) *De fire regionale helseforetakene*. Tilgjengelig fra:

[<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>], Regjeringen.no. Lest: [30.03.2017].

Solberg, A, G. (1995) *Ledelse på kvinners vis?* Oslo, Kommuneforlaget.

Spehar, I. (18.01.2016) *Ledelse i norske helseforetak.* (internett) med.uio.no. Tilgjengelig fra: (<http://www.med.uio.no/helsam/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2016/ledelse-i-norske-helseforetak.html>), (Lest: 29.09.2017)

SSB.no, Statistisk Sentralbyrå, (Sykehusstatistikk 1853-2002) *Hva kan 150 års statistikk fortelle oss om sykehusenes utvikling?* Tilgjengelig fra (<http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/del-vi-2.pdf>), ssb.no. Lest: (15.04.2017).

Stolav.no (uten dato) Organisasjonskart, Tilgjengelig fra: (<https://stolav.no/om-oss/organisasjonskart>) Lest (01.02.2017)

Sykepleien.no (08.03.2016) *Flere kvinner må til topps i helseforetakene* (<https://sykepleien.no/2016/03/flere-kvinner-ma-til-topps-i-helseforetakene>), Sykepleien.no. Lest (11.04.2017)

Yukl, G, A., (1994). *Leadership in Organizations.* Prentice - Hall Intern. New York

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til informanter

Forespørsel om deltakelse til intervju

Innflytelse gjennom kompetanse eller kjønn? - et kvalitativt studie om kvinner og ledelse på norske sykehus

Bakgrunn og formål

Vi er to masterstudenter som tar programmet Master in Business Administration(MBA) ved Nord Universitet, og skriver nå vår avsluttende masteroppgave. (*Anonymisert*)

Temaet for oppgaven er kvinner og ledelse ved norske sykehus. De fleste spørsmålene vil være knyttet til hvilke tanker og erfaringer du har som leder på offentlig sykehus. Målet med masteroppgaven er å sette fokus på kvinneandelen i toppledelsen på norske sykehus og hvilke strategier ledere benytter for å oppnå innflytelse. Oppgaven vil handle om hvordan kompetanse og kjønn henger sammen med sykehusets organisatoriske struktur.

Utvalget for studien vil være kvinnelige toppledere, og i denne forbindelse vil vi intervju kvinnelige toppledere ved (*anonymisert*). Dine meninger vil være svært verdifulle for oppgaven og vil kunne bidra til å finne gode svar på hvordan vi kan få flere kvinner til toppledelsen på norske sykehus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Metoden vi vil benytte oss av er et semistrukturert intervju. Intervjuet vil vare mellom 30 og 45 minutter og vi blir sammen enige om intervjutidspunkt og sted. Vi vil benytte oss av taleopptak slik at vi kan konsentrere oss på samtalen. Vi håper det er i orden for deg? En av oss vil være mer passiv og ta notater underveis for å forenkle senere analysering.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene som samles inn under intervjuet, vil bli kodet og anonymisert i teksten og lydopptak vil slettes ved forskningens avslutning, innen januar 2018. Det vil være ingen andre enn oss som hører på lydopptaket. Informasjonen vil bli benyttet kun til denne masteroppgaven og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Frivillig deltakelse

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

Vi håper du kan stille til et intervju. Vi ønsker å intervju aktuelle informanter oktober 2017. Om du kunne tenke deg å stille til intervju eller har spørsmål angående prosjektet, kan du sende en e-post til nhu-nguyen@outlook.com eller ringe meg på telefonnummer 47 31 32 75. Du kan også ta kontakt med vår veileder Gry Agnete Alsos ved Handelshøgskolen, Nord Universitet på gry.a.alsos@nord.no eller 75 51 76 51.

Prosjektet er meldt inn i Personvernombudet for forskning NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, og oppgaven vil gjennomføres i henhold til personopplysningsloven.

Med vennlig hilsen

Juni Åkra Eldrup og Nhu Nguyen

Handelshøgskolen, Nord Universitet

Vedlegg 2: Intervjuguide

Introduksjon til intervjuet

Gjennom dette intervjuet ønsker vi å finne ut av hvilke tanker og erfaringer du har rundt rundt temaet ledelse. Vi er særlig opptatt av i hvilken grad du opplever å ha innflytelse og hvordan du får den innflytelsen du trenger. Du som informant vil være anonym i besvarelsen når det gjelder navn og andre personlige opplysninger som vil kunne angi hvem du er. Vi ønsker å bruke informasjonen om kjønn og overordnet generell stilling i den endelige oppgaven. Vi vil benytte oss av opptakststyr og notere underveis. Selv om vi noterer betyr det ikke nødvendigvis at det du forteller oss er uvanlig, men det er for vår egen del slik at vi kan finne igjen viktige punkter i intervjuet senere. Disse opptakene og andre opplysninger fra intervjuet vil bli slettet ved forskningens avslutning. Intervjuet vil ta ca 30-40 minutter og vil omhandle temaer omkring ledelse, kvinnenandel på norske sykehus, innflytelse og mestring.

Introduksjonsspørsmål

Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål	Stikkord
1) Fortell om deg selv og hvordan ble du leder her?	Trives du som leder? Hadde du et ønske om å bli leder eller ble du valgt? Hvor lenge har du vært i stillingen som klinikkssjef? Annen ledererfaring fra før?	Erfaring, utdanning, familie, karrierevalg
2) Kan du kort fortelle om hva jobben din går ut på?	Hva er dine arbeidsoppgaver, ansvarsområder? Hvem jobber du med, hvor mange ansatte leder du?	Antall personer hun har personalansvar for/på klinikken og hvilke yrkesgrupper som er der. Hvordan de selv vil beskrive rollen sin som klinikkssjef

Nøkkelspørsmål:

Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål	Stikkord
3) Har du noen gang følt at det stilles andre forventninger til deg som kvinne og leder?	Har du noen gang opplevd at du har dratt en fordel/ ulempe ved å være kvinnelig leder ? Hvis nei: mener du at dette har endret seg over tid?	
4) Kan du beskrive deg selv som leder. Hvem er du som leder?	Hvordan vil du sammenligne deg med andre i samme posisjon? Kan du beskrive hva som kjennetegner deg som leder? Hvordan tror du de som har deg som leder, ville beskrevet deg som leder?	Eksempler på situasjoner der de bruker sin "lederstil".
5) Kan du fortelle om en situasjon der du følte at det var vanskelig å være leder?	Hvordan mestret du denne situasjonen? Følte du at du fikk innflytelse på avgjørelsen?	
6) Kan du fortelle om en situasjon der du virkelig følte at du mestret lederrollen?	Har du eksempler på situasjoner som har ført til at du har endret deg som leder?	
7) Føler du selv at du har mye innflytelse?	Gi et eksempel	
8) Norske sykehus er jo kjent for ha en veldig	Hva gjør du for å påvirke beslutninger som blir tatt over deg?	Gi eksempler hvis de svarer kort eller

<p>hierarkisk struktur. Hvordan har det påvirket deg som leder?</p>	<p>Betyr det noe at du ikke er lege? Betyr det noe at du er lege?</p>	<p>generelt. Eksempler på noe som de selv synes at de får til å påvirke beslutningene. Eksempler på når de fikk det til (En viktig sak eller lign), og når de ikke har fått det til</p>
<p>9) Du jobber i en veldig kvinnedominert arbeidsplass med over 80% kvinner, hvordan påvirker det din lederstil?</p>	<p>Hadde du gjort det annerledes dersom situasjonen hadde vært med flertallet menn? Har du noen gang blitt urettferdig behandlet fordi du er kvinne? Hva synes du er de største forskjellene på kvinnelige og mannlige ledere på sykehuset?</p>	<p>Hva tror du skal til for å få flere kvinner inn i toppledelsen i norske sykehus?</p>

Avslutningsspørsmål

Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål	Stikkord
<p>10) Var det noen spørsmål som var uklare som du vil at vi skal gå gjennom en gang til?</p>	<p>Var det noe annet du vil tilføye?</p>	

Takke for intervjuet.

Vedlegg 3: Godkjent søknad NSD Personvernombudet for forskning

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>55690</i>	<i>Innflytelse gjennom kompetanse eller kjønn? - et kvalitativt studie om kvinner og ledelse på norske sykehus</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Nord universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gry Agnete Alsøs</i>
<i>Student</i>	<i>Nhu Nguyen</i>

Vurdering

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