



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Kvinnelige leger i topplederstillinger**

En kvalitativ studie av veien frem til en topplederstilling

Cecilie Løkken

Masteroppgave i profesjonsstudiet i medisin, MED-3950, juni 2021

## Forord

Denne masteroppgaven er skrevet i forbindelse med MED-3950, et obligatorisk fag på profesjonsstudiet i medisin ved UiT Norges arktiske universitet. Fra tidligere hadde jeg ingen erfaring med oppgaveskriving eller forskning på dette nivået. Det var viktig for meg å utarbeide oppgaven selv, slik at jeg kunne skrive om et tema som pirret min nysgjerrighet. Jeg landet fort på at jeg ønsket å skrive om kvinner og toppledelse, et tema som fasinerer meg. Deretter tok jeg kontakt med Mette Bech Risør, professor i medisinsk antropologi, og Tor Ingebrigtsen, lege og professor II ved IKM (institutt for klinisk medisin), for å spørre om de ville være mine veiledere – begge svarte entusiastisk ja. Arbeidet som ble utført er gjort i sin helhet av medisinstudent Cecilie Løkken.

Hensikten med oppgaven er å utforske kvinnelige legers vei til en topplederstilling, med fokus på hvilke faktorer som har opplevdes betydningsfulle.

I første rekke vil jeg takke kvinnene som deltok. Takk for at dere har tatt dere tid til å snakke med meg, og takk for at dere så generøst har delt deres historier. Den åpenheten dere har vist under samtalene er beundringsverdig, og jeg føler meg beæret over å ha fått lov til å titte under overflaten på deres karrierevei og liv. Uten dere ville denne oppgaven aldri blitt til.

Likeledes vil jeg takke hovedveileder Mette Bech Risør og biveileder Tor Ingebrigtsen for gode tilbakemeldinger. Dere har begge vært til stor hjelp under hele prosessen. Spesielt takk til Mette for god veiledning når det gjelder alt rundt den kvalitative forskningsmetoden. Spesielt takk til Tor for korrekturlesing og gode innspill i diskusjonsdelen. Takk for god hjelp med å finne relevante artikler. Deres konstruktive tilbakemeldinger har vært verdifulle, og motivert meg til å skrive en oppgave som ble bedre enn jeg noen gang hadde sett for meg. Uten deres bidrag ville denne oppgaven aldri blitt det den er i dag.

Dette har vært en utfordrende, og en spennende og lærerik prosess. Jeg ser tilbake på det som en god opplevelse. Denne erfaringen har inspirert meg til videre forskningsarbeid.

Cecilie Løkken

Lillehammer 31.05.21

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Ledelsesteori.....	1
1.2	Ledelse som en del av undervisningen på medisinstudiet.....	2
1.3	Leger som ledere .....	4
1.4	Kvinner og ledelse.....	5
1.5	Kvinner og medisin – et historisk perspektiv .....	5
1.6	Formål .....	6
2	Materiale og metode.....	7
2.1	Kvalitativ metode .....	7
2.2	Utvalg .....	8
2.3	Intervju og rekruttering .....	8
2.4	Transkripsjon.....	9
2.5	Analysemetode .....	9
2.5.1	Fenomenologisk tilnærming.....	10
2.5.2	IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) .....	10
2.6	Forskerens forforståelse .....	14
2.7	IPA som analysemetode i denne oppgaven.....	15
2.8	Datalagring og etiske utfordringer .....	17
3	Resultater.....	18
3.1	Ledelserfaring fra klinikken.....	19
3.2	Anmodning fra andre og tilfeldigheter .....	19
3.3	Selvkritikk og familieliv som barrierer .....	22
3.3.1	Selvkritikk som barriere .....	22
3.3.2	Familieliv som barriere .....	24
3.4	Motiverende faktorer .....	25
3.4.1	Kunnskap og innsikt som motiverende faktor.....	25

3.4.2	Kolleger og følelsen av å jobbe for noe større enn seg selv som motiverende faktor	26
3.5	Kjønn som betydningsfull faktor.....	26
3.6	Personlige læringssituasjoner og grunnlag for god ledelse .....	28
3.6.1	Lederegenskaper kan tilegnes .....	28
3.6.2	Håndtering av vanskelige situasjoner.....	28
3.6.3	Å tørre å stå opp for seg selv .....	29
4	Diskusjon.....	30
4.1	Resultatdiskusjon .....	30
4.2	Metodediskusjon .....	33
4.2.1	Validitet.....	33
4.2.2	Refleksivitet .....	34
4.3	Styrker og svakheter .....	35
4.3.1	Å avholde intervjuene over nett .....	35
4.3.2	Å sende ut intervjuguiden på forhånd .....	35
4.3.3	Fremstilling av utvalget.....	36
5	Implikasjoner.....	36
6	Forslag til videre forskning .....	36
7	Konklusjon .....	37
8	Referanseliste .....	38
	Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	41
	Vedlegg 2 Intervjudguide.....	45
	Sammendrag av kunnskapsevaluering, GRADE CERQual .....	48

## Sammendrag

*Innledning:* Det er utradisjonelt å studere medisin hvis man egentlig ønsker å jobbe som leder. Temaet ledelse er ikke en stor del av undervisningen på profesjonsstudiet i medisin. Likevel har vi flere ledere i helsevesenet med legebakgrunn. Denne studien har som formål å utforske hvordan kvinnelige leger opplever sin vei frem til en topplederstilling i offentlig helsevesen i Norge.

*Metode:* Dette er en kvalitativ studie. Materialitet ble innhentet ved bruk av semistrukturert intervju (dybdeintervju). Lydfilene ble transkribert og tekstmaterialet analysert med fortolkende fenomenologisk analyse (Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)). Utvalget består av fem kvinnelige toppledere som er utdannet leger, og som var ansatt som toppledere i offentlig helsevesen i Norge da intervjuene ble gjennomført.

*Resultater:* Veien frem mot en topplederstilling begynner med forskjellige lederstillinger i klinikken, som fungerte som et springbrett til videre lederstillinger på høyere nivå. Veien frem til topplederstillingen var preget av tilfeldigheter og anmodninger fra andre. Kunnskap og innsikt om ledelse ble sett på som motiverende faktorer. Kjønn opplevdes ikke som en betydningsfull faktor.

*Konklusjon:* Det kom frem av denne studien at flertallet av deltakerne sin karrierevei innebar en trappetrinnsprosess, hvor de startet som ledere i klinikken og klatret videre oppover fra der. Ingen av deltakerne i dette materialet anga at de fra tidlig alder av eller tidlig i karrieren hadde et ønske om å bli toppledere. Tilfeldigheter og anmodninger fra andre ble trukket frem som avgjørende faktorer på veien frem mot en topplederstilling. Kjønn opplevdes ikke som en betydningsfull faktor. Kunnskap og innsikt om ledelse, støttende kollegaer og følelsen av å jobbe for noe større enn seg selv ble også belyst som motiverende faktorer.

# 1 Innledning

Det er utradisjonelt å studere medisin hvis man egentlig ønsker å jobbe som leder. Temaet ledelse er ikke en stor del av undervisningen på profesjonsstudiet i medisin (1-3). Likevel har vi flere toppledere med legebakgrunn (4-6). Behovet for leger som ledere i norsk helsevesen har blitt diskutert tidligere (7, 8). En studie undersøkte leger sin erfaring i å bli toppledere i det engelske helsevesenet (National Health Service (NHS)) (9). Det har vært undersøkt hvordan leger og sykepleiere opplevde å bli klinikkledere i norsk helsevesen (10). Jeg har ikke lyktes i å finne studier om hvordan kvinnelige leger i topplederstillinger i norsk helsevesen opplever veien frem til en slik stilling, og det er nettopp det jeg har forsøkt å utforske i denne studien.

## 1.1 Ledelsesteori

Ledelse kan defineres som «evnen til å påvirke andre til å nå et mål i fellesskap» (11). Det handler om å ta styring, samle og motivere en gruppe mennesker. Hva som er god ledelse vil avhenge av situasjon og menneskene.

Historisk sett har ledelsesutvikling gått fra å fokusere på det tekniske og funksjonelle, til det sosiale systemet. De eldste teoriene kalles for «den klassiske læren», og skiller seg fra det vi kaller «moderne ledelse» (12). Forskjellen kan best illustreres ved bruk av X- og Y-teorien til Douglas McGregor. Teori X beskriver «den klassiske læren», og teori Y beskriver «den moderne ledelse». Teori X bygger på tanken om at mennesket føler ubehag ved å arbeide, og derfor må bli tvunget, kontrollert og dirigert for å utøve arbeid. Teorien bygger på en grunnleggende tanke om at mennesket foretrekker å bli dirigert og ønsker å unngå ansvar. Teori Y deler ikke dette synet. Den peker på menneskets mulighet for utvikling, hvor man mener at mennesket ikke er født med en motvilje mot arbeid, og at kontroll og trusler om straff ikke er det eneste midlet for å få folk til å utøve en innsats. Mennesket blir sett på som en intellektuell kapasitet (13).

John C. Maxwell har beskrevet utvikling hos ledere og hvilke forskjellige nivåer ledelsesutvikling består av, i det han kaller *De fem nivåene av lederskap*. Det første nivået er å få tittelen som leder, hverken mer eller mindre. Neste nivå handler om å bygge relasjon til medarbeidere. Med det følger gjensidig respekt og tillit mellom leder og ansatte. I det tredje nivået oppnår teamet resultater, noe Maxwell mener ikke kan skje før man har oppnådd et

forhold bygget på respekt og tillit. Det fjerde nivået handler om å delegere arbeid til sine ansatte. På den måten vil de ansatte oppleve mestring og vokse. Det siste nivået beskriver ledere som forblir et eksempel på en god leder hos sine ansatte, til og med etter at de har sluttet å jobbe sammen (14).

Det har lenge vært diskutert om leder er noe man er født som, eller om det er noe man blir (15). Det finnes flere forskjellige teorier om ledelse. Ledelsesteorien, «teorien om den store mann», fikk mye oppmerksomhet på 1840-tallet. Teorien bygger på tanken om at lederegenskaper nedarves, og at ledere har blitt ledere som et resultat av arv og miljø. Andre teorier beskriver ledelse som et mønster av personlighetstrekk, og støtter synet på at noen er født ledere. Lederatferdsteorier mener at ledere lærer ved å praktisere, noe som tilsier at lederegenskaper kan tilegnes gjennom erfaring, og over tid (15). Transformasjonsledelse er en tilnærming til ledelse som handler om å inspirere andre til engasjement for organisasjonens mål og visjoner (16), og sier at lederegenskaper bedres med erfaring (15). Robinson et al konkluderte med at lederegenskaper er medfødt og kan tilegnes (15). Dyktige ledere bruker de egenskapene og personlighetstrekkene de var født med til å legge ut på en reise hvor de utvikler seg til å bli ledere (15).

Det vil være interessant for oppgaven å utforske om deltakerne deler synet på hva en lederrolle innebærer, og om de gjennom sine historier trekker frem viktigheten av at de som ledere skal være med på å skape endring gjennom å motivere og bygge selvtillit hos sine ansatte. Det blir spennende å se om disse kvinnelige topplederne har opplevd en reise gjennom de ulike nivåene av lederskap, slik Maxwell beskriver. Kanskje har disse kvinnelige topplederne møtt på en leder som var på nivå fem, som har inspirert dem til å selv utvikle seg i sin lederrolle. Især er jeg nysgjerrig på om deltakerne alltid har opplevd seg selv som en ledertype. Har dette vært en naturlig rolle for dem, og har de alltid visst at det var leder de skulle bli? Hvis ikke, hvilke faktorer har vært betydningsfulle for at de endte opp i en topplederstilling?

## **1.2 Ledelse som en del av undervisningen på medisinstudiet**

Forskrift om nasjonal retningslinje for medisnutdanning fastslår i § 3. *Kompetanseområdet*, at kjernekompetansen for en nyutdannet lege er medisinsk ekspertise (17). For øvrig finnes seks kompetanseområder som fremheves som nødvendig sluttkompetanse hos en nyutdannet lege. Et av disse er ledelse og systemforståelse (18). Under *Kapittel 4. Læringsutbytte for*

*kompetanseområdet ledelse og systemforståelse, § 11. Ledelse og systemforståelse – Ferdigheter* står det at kandidaten skal kunne «anvende faglig kunnskap om ledelsesprinsipper til å utøve klinisk ledelse med beslutningstaking og samarbeid med andre profesjoner og yrkesgrupper i relevante medisinske situasjoner» (18). Videre forventes det, som oppgitt i § 12. *Ledelse og systemforståelse – Generell kompetanse* at kandidaten «a. kan analysere ulike lederstiler og egne styrker og svakheter som leder og deltaker i grupper og team og b. Kan analysere prinsipper for ledelse» (18). Det kreves altså en viss lederkompetanse av leger.

Profesjonsstudiet i medisin tilbys ved fire universiteter i Norge: UiT Norges arktiske universitet (UiT), Norges tekniske-naturvitenskapelig universitet (NTNU), universitetet i Oslo (UiO) og universitetet i Bergen (UiB). I Studieplan for Profesjonsstudiet i medisin ved UiT er ikke ferdigheter eller kompetanse om ledelse nevnt under læringsutbyttene (1).

Erfaringsmessig blir det ikke på noe tidspunkt i løpet av de seks årene på profesjonsstudiet i medisin i Tromsø undervist om ledelse. NTNU har i sin Læringsmåldatabase skrevet at studentene skal «kjenne de viktigste prinsippene innen helseøkonomi og ledelse i helsetjenesten» (2). Ved UiO er det i en elektiv periode mulig å velge valgfrie emner, deriblant et 3-studiepoengs emne i helseledelse (3).

Den norske legeforening (Dnlf) tilbyr kurs i helseledelse til sine medlemmer. Medisinstudenter som har fullført minst fire studieår kan søke på dette kurset (Helselederskolen). Tildeling av plass på Helselederskolen skjer på bakgrunn av et motivasjonsbrev. Kurset dekker temaer som organisasjonspsykologi, økonomi, endringsledelse, innovasjonsledelse og ledelse av helsevesenet i et internasjonalt perspektiv. Helselederskolen er en del av ledersatsingen til Dnlf. Kurset ble avholdt for første gang høsten 2018 (19).

Når vi nå vet at ledelse ikke er en stor del av medisინutdanningen er jeg nysgjerrig på hvordan deltakerne har tilegnet seg lederkunnskap. Hvordan fikk de øynene opp for ledelse, og hvordan ble de introdusert til ledelse som en mulig karrierevei? Jeg lurer også på om kunnskap og innsikt om ledelse har vært en relevant faktor?



### 1.3 Leger som ledere

Det har de siste årene vært en økende interesse å få klinikere inn i lederstillinger i helsevesenet, men det foreligger lite kunnskap om hvilke faktorer som påvirker klinikerens valg om å gå inn i lederstillinger (10).

I et intervju med fem administrerende direktører, som opprinnelig jobbet som leger i det engelske helsevesenet, fortalte flere at de aldri hadde tenkt tanken om å bli ledere. Det krevde overtalelse fra andre for å ta steget inn i en lederposisjon. På spørsmål om hva som gjorde lederjobbene så spennende beskrev flere det samfunnsmedisinske perspektivet – å ikke bare ha innflytelse på individnivå som er den enkelte pasient, men å også kunne påvirke flere hundretusener ved å jobbe på systemnivå. Det var stigma knyttet til det å være lege i lederposisjon. Denne stigma var knyttet til en «dem mot oss» holdning, og at du hadde gått over til den andre siden hvis du gikk over til å jobbe som leder (20).

Forskere i New Zealand og Skottland intervjuet leger i lederstillinger og fant at flere hadde tatt disse stillingene for å beskytte avdelingen sin fra å bli ledet av sjefer de mente ikke var egnet til jobben. Motivasjonen var frykt for at det skulle gå på bekostning av fagmiljøet hvis feil person endte opp i lederstillingen (10). Dette står i kontrast til hvordan man i næringslivet tradisjonelt har sett på lederindivider. Et ønske om å lede og indre faktorer trekkes her frem som motivasjon for lederstillinger. Individene beskrives ofte som innovative og kreative med et hjerte for entreprenørskap (21). I en studie om ledere i det norske helsevesenet kom det frem at mange var rekruttert til sin lederstilling av deres daværende ledere. De hadde ikke selv hatt ambisjoner eller et ønske om å bli leder, og ble overtalt av andre til å ta sin første lederstilling (10).

Jeg er nysgjerrig på hva som er gjeldende for deltakerne i denne studien. Kjenner også de seg igjen i beskrivelsen av å måtte bli overtalt av andre og at de aldri hadde tenkt at det var ledere de skulle bli? I så fall vil det være interessant å prøve å forstå hva det var som gjorde at noen klarte å overtale dem, og hvorfor de ble spurt i utgangspunktet. Hvis det er slik at deltakerne i denne studien også ble overtalt av andre på veien inn i sin første lederstilling vil det være interessant å utforske hva som gjorde at de ble værende.

## 1.4 Kvinner og ledelse

Høy grad av selvkritikk og familieliv har blitt rapportert som barrierer for å avansere til en lederstilling (22). Studien viste at den vanligste grunnen til å ikke avansere, var at stillingen ville blitt for tidkrevende (22). Å kombinere en lederjobb med foreldrerollen er tidkrevende, og kan for noen være en grunn til å ikke påta seg en lederjobb. De ønsker å prioritere annerledes. Kvinnelige leger karakteriserer sitt ambisjonsnivå som lavere enn mannlige kollegers. I studien kom det frem at 40 % av kvinnene mente at de hadde lavere ambisjonsnivå enn sine mannlige kollegaer, mens kun 2 % mente de hadde høyere (22). Denne selvseleksjonsprosessen involverer mangel på selvtillit, undervurdering av egne evner og å så tvil om seg selv. En deltaker i en kvalitativ studie i Australia, om barrierer som hindrer kvinnelige leger i å avansere til en lederstilling, illustrerte dette fenomenet ved å fortelle at hun nesten alltid må fortelle kvinner at de undervurderer hvor gode de er, og at hun nesten aldri behøver å si det til en mann (23). I samme studie var det også et fåtall av deltakerne som mente at kjønn ikke var av betydning, men hvis man ønsket å nå toppen kunne man klare det, uavhengig av kjønn. Det er vanskelig å skulle finne en enkelt årsakssammenheng, da dette er komplekse fenomener. Et viktig forbehold å presisere er muligheten for at det kan være kvinnene selv som holder seg igjen, fordi de generelt er mer selvkritiske og stiller høyere krav til seg selv, men spørsmålet er i så fall hvordan denne forskjellen oppstår? Et annet aspekt er kulturelle konstruksjoner av kjønnsroller og forventninger.

Jeg vil i denne studien utforske hvordan deltakerne ser på familieliv og høy grad av selvkritikk som barrierer. Det er naturlig å anta at deltakerne ikke har opplevd dette som barrierer for å avansere siden de allerede har oppnådd en topplederstilling. Det vil i så fall være interessant å prøve å utforske hva det er som har gjort at de ikke har opplevd dette som barrierer.

## 1.5 Kvinner og medisin – et historisk perspektiv

Tradisjonelt har legeyrket vært mannsdominert. I 1984 var 16 % av alle norske leger kvinner (22). Siden har kjønnsbalansen endret seg. I 2020 var 52 % av alle yrkesaktive leger under 70 år i Norge i dag kvinner (24). Det ser ikke ut til at denne trenden kommer til å snu med det første, fordi hele 71 % av medisinstudentene var kvinner ved opptaket i Norge i 2016 (25).

Sommeren 1884 vedtok Stortinget loven som ga kvinner rett til å studere og ta eksamen ved universiteter. I forkant av dette møtte kvinner mye motstand fra det mannsdominerte medisinske fagmiljøet. Det medisinske fakultetet ble bedt om å uttale seg om Stortingets utredning om å utdanne kvinnelige leger. Uttalelsen lød slik: «En kvinne har verken intellekt eller nervesystem til å bli lege, og dessuten risikerer hun å bli kjønnslig abnorm».

Professorene ved det medisinske fakultetet mente at «fakultetet må fastholde, at det er en prinsipiell forskjell mellom den mandlige og kvindelige intelligens». Biologiske argumenter ble også brukt mot kvinner, for eksempel at kvinner var ute av stand til å ta rasjonelle valg i periodene de menstruerer. Uttalelsene vekte oppsikt, og til slutt måtte fakultetet innse at slaget var tapt. I 1893 ble Marie Spångberg uteksaminert som første kvinnelige lege i Norge (26).

Hvorfor er det viktig for legeyrket at det også finnes kvinnelige leger? Det er naturlig å tenke at en jevn kjønnsbalanse er et positivt tilskudd til et hvert yrke. En studie som sammenlignet kvinnelige og mannlige legers arbeidsmåte fant forskjell i prioritering, praksisstil og tidsforbruk (27). Dette kan være med på å støtte opp under tanken om at jevn kjønnsbalanse bringer mangfold og aksept for ulike arbeidsmåter i legeyrket. Rammene rundt hva det vil si å være lege utfordres, og synet på hva en lege er utvides.

De første kvinnelige legene som ble uteksaminert fra et universiteter i Norge hadde i gjennomsnitt langt bedre karakterer enn sine mannlige medstudenter (26). Man mener at kvinnene kjente på en forpliktelse til å prestere. Øynene var rettet mot dem, og de måtte bevise at de var gode nok. I en studie gjort blant bydelsleger i Oslo, fant man at kvinner opplevde lavere grad av anerkjennelse enn menn fra ledelse, kolleger og andre medarbeidere enn menn (27).

Jeg vil i denne studien også rette søkelys mot deltakernes kjønn. Jeg ønsker å utforske om kjønn har vært av betydning, i så fall ønsker jeg å utforske videre på hvilken måte det har vært betydningsfullt og hvordan det har spilt seg ut.

## **1.6 Formål**

Formålet med studien er å undersøke hvordan kvinnelige leger opplever sin vei mot en topplederstilling og hvilke betingelser og vilkår de trekker frem som betydningsfulle, herunder hvilke forhold har vært motiverende, hvilke utfordringer de har opplevd på veien, hvordan de har håndtert disse utfordringene, og om deres kjønn har hatt betydning.

Oppgaven omhandler kvinnelige toppledere som er utdannet leger. Med toppledelse i denne sammenheng menes ledelse på et høyere nivå enn en sykehusavdeling. Det betyr at deltakerne ikke lenger jobber som leger i klinikken, men er fulltidsansatt i en lederstilling. Valget om å kun inkludere kvinner er tatt for å avgrense oppgavens omfang og for å få et mer homogent utvalg.

Bakgrunnen for valg av tema er forskerens egen interesse og nysgjerrighet. Det er utradisjonelt å studere medisin hvis man ønsker å jobbe som leder. Likevel har vi flere kvinnelige leger som jobber som toppledere (4, 5). Jeg synes derfor det er interessant å undersøke veien frem til en topplederstilling, og å utforske hvilke forhold som har blitt opplevd som betydningsfulle.

## **2 Materiale og metode**

### **2.1 Kvalitativ metode**

Dette er en kvalitativ studie av kvinner som er utdannet leger og nå jobber som toppledere. Kvalitativ metode brukes til å utforske menneskelige egenskaper som erfaringer og opplevelser. Materialet som benyttes i kvalitativ metode består av tekst fra samtaler eller observasjoner (28). I denne studien var det samtaler som dannet grunnlag for materialet. Materialet ble innhentet ved bruk av semistrukturert intervjuer (dybdeintervju), hvor én og én deltaker ble intervjuet hver for seg. Semistrukturert intervju har som hensikt å frembringe mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd (28). Denne innhentingemetoden egner seg godt til situasjoner der man vil gi deltakeren tid og rom til å hente frem erfaring. Opplysningene om deltakerens erfaringer innhentes i lojalitet til hens versjon av sin historie. Hensikten er å åpne for kunnskap som er forankret i deltakerens livsverden, altså levende kunnskap slik den ser ut for den som lever det livet vi snakker om (28). Jeg ønsket å belyse hver enkelt deltakers egen forståelse og opplevelse av veien frem til en topplederstilling, og det fremsto derfor som passende å bruke kvalitativ metode, med semistrukturert intervju.

## 2.2 Utvalg

Utvelgingsmetoden er i denne studien basert på et strategisk utvalg, det betyr at de er valgt ut fordi jeg mener de kan belyse studiens formål best. Hensikten med studien er å utforske kvinnelige legers vei mot en topplederstilling, og derfor er det kvinnelige leger som jobber som toppledere som er inkludert. Med toppleder menes ledelse på et nivå som innebærer at det kun er ledelse de jobber med, noe som resulterer i at de ikke lenger jobber som leger i klinikken. Dette for å bedre kunne belyse veien frem til en slik stilling. Det er naturlig å anta at det vil gi rikere data om denne erfaringen fordi det har krevd mer tid å oppnå en slik stilling. Det var en forutsetning at deltakerne som ble inkludert i denne studien hadde medisin som utdanningsbakgrunn. Det følte naturlig at deltakerne var utdannet leger, sett i sammenheng med forskerens egen tilknytning til og interesse for det medisinske fagfeltet, i tillegg til relevans, da dette er en oppgave knyttet til profesjonsstudiet i medisin. Jeg ønsket å belyse veien frem til den aktuelle topplederstillingen, og derfor ble ansiennitet og alder ikke sett på som relevante eksklusjonskriterium.

## 2.3 Intervju og rekruttering

Intervjuet ble avholdt som videokonferanse over nett med varighet på ca. 60 minutter. I utgangspunktet var det ønskelig å utføre intervjuene ansikt til ansikt der hvor deltakerne oppholdt seg, men på grunn av den pågående covid-19-pandemien ble ikke det mulig. Tidsmessige og økonomiske begrensninger gjorde det også vanskelig å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt. Å gjennomføre videointervjuer innebar å måtte tenke igjennom hvordan jeg best kunne skape en naturlig setting for samtale, noe som oppstår mer naturlig når intervjuene avholdes som fysiske møter. Jeg måtte tenke over hvordan jeg skulle klare å etablere en god relasjon, men også vurdere på hvilken måte teknologien kunne påvirke, positivt eller negativt, den totale intervjusituasjonen.

Det ble brukt diktafon for opptak av intervjuene. Disse opptakene ble lydfiler som senere ble transkribert og dannet grunnlaget for tekstmaterialet som ble analysert. Alle intervjuene ble gjennomført, før de ble transkribert.

I forkant av intervjuet fikk deltakerne tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 1) og intervjuguide (vedlegg 2) på e-post. Noen av deltakerne hadde lest intervjuguiden på forhånd, andre ikke. Intervjuguiden ble sendt til deltakerne på forhånd for å gi dem tid til å forberede seg. Spørsmålene var av en slik karakter at de krevde at deltakerne

husket tilbake til hendelser som skjedde for mange år siden. Under selve intervjuet ble intervjuguiden brukt som en veileder mer enn en rigid liste med spørsmål som ble stilt.

En liste med navn på åtte aktuelle kandidater ble gitt til meg av biveileder Tor Ingebrigtsen. Denne listen inneholdt navn på åtte kvinnelige leger i topplederstilling i norsk helsevesen. Ved et enkelt Google søk fant jeg deres kontaktinformasjon og ringte til alle kandidatene. Da kom jeg i kontakt med deres sekretær, introduserte meg selv og prosjektet, og spurte sekretærene om dette var noe vedkommende kunne tenke seg å delta på. Alle de åtte kandidatene ble spurt om å delta i studien, og fem takket ja. De resterende tre deltok ikke av tidsmessige årsaker. Sekretærene ga meg e-post adressen til de fem. Deretter sendte jeg disse fem en e-post med intervjuguide og informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Det ble så avtalt tidspunkt for intervjuet og opprettet lenke til videosamtale. Alle de fem kvinnene var utdannet leger og jobbet i en topplederstilling da intervjuene ble gjennomført. Ingen av deltakerne jobbet som leger i klinikken, eller hadde en stilling hvor de kombinerte ledelse med klinisk arbeid. Alle var ansatt i offentlig helsesektor. Det var spredning i deltakernes alder og ansiennitet. Intervjuene ble avholdt i høstperioden av 2020.

## **2.4 Transkripsjon**

Transkripsjonen (konvertering av lydfilen til tekstformat) ble gjort av meg selv, ved hjelp av programmet *Transcribe by Wreally*. Lydfilene fra intervjuet ble transkribert i sin helhet. Emosjonelle reaksjoner og affekter, som for eksempel latter ble også notert ned i transkripsjonsnotatet. All informasjon som kunne identifisere deltakerne, og dermed bryte med lovnaden om anonymitet, ble transkribert som frasen «xx (*anonymisert*)», for eksempel stillingstittel, samt navn på avdelinger, personer og steder. Teksten fra transkripsjonen ble lagret i et Word-dokument.

## **2.5 Analysemetode**

Analysemetoden som ble brukt var Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). IPA baserer seg på en fenomenologisk tilnærming. Videre vil jeg her beskrive hva som menes med fenomenologisk tilnærming, presentere IPA som analysemetode og forklare hvordan IPA ble brukt som analysemetode i denne oppgaven.

### **2.5.1 Fenomenologisk tilnærming**

Begrepet fenomenologi refererer til en filosofi med utspring i Edmund Husserl. I 1970 introduserte Husserl en ny måte å studere og utforske fenomenet bevissthet på. Grunnlaget for fenomenologisk filosofi baserer seg på nettopp bevisstheten, og dens mange former for manifestasjon. I ettertid har flere filosofer og vitenskapspersoner videreutviklet begrepet og metoden til å bedre passe inn i en psykologisk forskningsmetode (29).

Fenomenologisk metode beskriver en form for oppfattelse av essenser gjennom erfaring. Det handler om å utforske et fenomen ved å se på det fra perspektivet til den som opplevde det. I det ligger det at ett og samme fenomen kan oppleves ulikt, avhengig av personene som har opplevd det. Målet er å beskrive meningen av opplevelsen, eller erfaringen, både hva som ble erfart og hvordan det opplevdes (30). I denne studien er veien frem til en topplederstilling fenomenet som skal utforskes. Studien har ikke bare som hensikt å rapportere hvordan denne veien ble til, men skal også forsøke å beskrive meningsinnholdet i det som opplevdes. På den måten baserer studien seg på en fenomenologisk tilnærming. Fokuset var hver enkelt deltakers egen opplevelse av veien frem til en topplederstilling, med utgangspunkt i at dette fenomenet opplevdes individuelt ut ifra hver deltakers bakgrunn, interesse og forståelse. Dette er i tråd med en fenomenologisk tilnærming som IPA bygger på.

For å kunne lykkes med fenomenologisk metode er det viktig, ifølge Husserl, å ikke ta med seg antagelser og fordommer om hva et gitt objekt skal være inn i analysen. Det skal tale for seg selv, slik det gir seg til kjenne i erfaringen. Dette er utfordrende, da alle er preget av forutinntatte forståelser. Likevel må vi forsøke å se disse fenomenene fra et åpent og fordomsfritt ståsted. Hvis ikke kan vi komme til å importere begreper og forståelsesrammer som vi bruker om ett sett med fenomener, til fenomener de ikke hører hjemme i (31).

For å unngå at analysen preges i for stor grad av slike forutinntatte forståelser inngår fenomenologisk reduksjon i metoden. Fenomenologisk reduksjon er et skifte i innstilling som setter vårt forutinntatte syn på fenomenet på vent. Ved å midlertidig sette dette på vent tillater vi oss å fokusere på fenomenet slik det kun gir seg til kjenne som ren erfaring (31).

### **2.5.2 IPA (Interpretative Phenomenological Analysis)**

Målet med IPA er å utforske hvordan deltakerne, i en gitt kontekst, subjektivt beskriver et fenomen, med spesiell vekt på personlige hendelser og erfaringer (30). Målet er ikke å si noe generelt om et fenomen. IPA fokuserer på de ulike karakteristika for hver enkelt deltaker.

Metoden tillegger dybde større verdi enn bredde. Man ønsker å forstå meningen av innholdet heller enn hvor ofte det forekommer. Derfor er det ikke et poeng å rapportere mønstre eller hyppighet (30). I denne studien var det ønskelig å prøve å forstå meningen av hvordan veien frem til en topplederstilling opplevdes, og hvorfor deltakerne trakk frem de gitte hendelsene eller faktorene som betydningsfulle. Det fremsto derfor som hensiktsmessig å benytte IPA som analysemetode. Det er ikke et mål med studien å si at en gitt faktor eller hendelse ble rapportert nok ganger til at man kan si at dette gjelder for alle kvinnelige leger i topplederstillinger. Således passet det også å bruke IPA som analysemetode.

For å kunne klare å forstå meningen med fenomenet, kreves det at forskeren tolker i sin analyse. Det gjør denne forskningsmetoden til en dynamisk prosess hvor forskeren har en aktiv rolle i prosessen. Metoden innebærer en to-trinns tolkning, hvor deltakerne forsøker å forstå sin erfaring, og forskeren forsøker å forstå hvordan deltakerne forstår sin erfaring. Dermed oppstår det som kalles dobbel hermeneutikk (30), der deltakeren forsøker å forstå sin vei og opplevelse av veien frem til en topplederstilling, og forskeren forsøker å forstå hvordan deltakeren forsøker å forstå sin vei og opplevelse av veien frem til en topplederstilling.

Den beste metoden for å innhente datamateriale til en IPA studie er semistrukturert intervju. Det er også det som tradisjonelt har blitt mest brukt (30). Også derfor fremsto det som passende å bruke IPA som analysemetode, da nettopp semistrukturerte intervjuer var valgt metode for å innhente data til denne studien.

Det egner seg ikke med et randomisert eller representativt utvalg til denne typen forskningsmetode. Man tar heller sikte på å ha et strategisk utvalg, med deltakere som man tenker best kan belyse studiens problemstilling (30). Det er ønskelig å prøve å finne et nokså homogent utvalg, men hvilke dimensjoner det er viktig at er varierende og hvilke det er viktig at er noenlunde like, vil variere fra studie til studie (30). Utvalget i denne studien var nokså homogent, i det at alle deltakerne hadde det som ble studert til felles: de var kvinner som var utdannet leger, og som nå jobbet som toppledere. Likevel var det en viss variasjon i utvalget, med den hensikt å forsøke å belyse oppgavens problemstilling fra flere sider. Det var for eksempel ingen føringer rundt ansiennitet, alder eller nasjonalitet. Det ble ikke tatt hensyn til når deltakerne ble ferdig utdannet leger, hvor lenge de har jobbet som toppledere eller deres alder fordi disse faktorene var ikke et premiss for å belyse oppgavens problemstilling.



Når det gjelder størrelsen på utvalget, finnes det ikke et bestemt antall deltakere som er anbefalt. Størrelsen er avhengig av flere faktorer, blant annet hvor innholdsrikt hvert enkelt intervju er og hvilke begrensninger man som forsker operer under, for eksempel tidsmessige begrensninger. IPA studier er typisk gjennomført med et lite utvalg, siden analysen av hver enkelt case krever mye tid. Det er tidkrevende å gå i dybden og tolke datamaterialet. Realistisk kan dette bare gjøres ved et lite utvalg, slik at man ikke ofrer bredden for dybden. IPA studier har blitt publisert med utvalg på fire, ni, femten eller flere deltakere. Det finnes også eksempler på IPA studier med et utvalg på én deltaker. I senere tid har et utvalg på fem til seks blitt anbefalt som et fornuftig antall deltakere for en student som skal bruke IPA, mens Smith og Osborn anbefalte tre deltakere for studenter som skal bruke IPA for første gang (30). Antall deltakere i denne studien var fem, hvilket anses å være et passende antall caser å analysere med IPA i et studentprosjekt som dette. Både utvalgets størrelse og karakter i denne studien var derfor passende for en IPA analyse.

Det er utarbeidet en liste over analysetrinn for IPA metoden:

Steg 1: Først jobbes det med transkripsjonen. Her er det anbefalt å lytte til opptaket fra intervjuet flere ganger, og notere ned observasjoner og refleksjoner som dukker opp underveis. Det kan være nyttig å utheve karakteristiske fraser og emosjonell respons.

Steg 2: Start med ett og ett intervju. Les gjennom hele intervjuet og noter ned interessante og tankevekkende utsagn. Intervjuteksten leses flere ganger, slik at man blir godt kjent med innholdet. For hver gang man leser gjennom intervjuteksten kan det potensielt dukke opp ny innsikt. Det er ikke noe regel for hva som skal noteres eller bemerkes når man leser teksten i dette steget. Noen kommentarer kan være forsøk på å oppsummere, mens andre kan være innledende fortolkninger. Når man har notert kommentarer fra hele teksten, går man igjen tilbake til starten og lager *titler på fremtredende temaer*. Disse *titlene på fremtredende temaer* dannes ved at man forsøker å omforme de første kommentarene til fraser som fanger essensen av hva som sto i teksten. I denne delen av prosessen kan man godta bruk av fagterminologi, noe som tillater mer abstrakt tenking. Det samme tema kan dukke opp flere steder i intervjuteksten, og hvis det skjer bruker man samme *titler på fremtredende temaer*. Frem til nå har hele transkripsjonsnotatet blitt behandlet som data.

Steg 3: Det lages så en liste over *titler på fremtredende temaer* og man forsøker å se etter koblinger mellom de ulike *titlene på fremtredende temaer*, som da danner grunnlag for listen med *tematiske klynger*. Listen over *tematiske klynger* er altså flere *titler på fremtredende temaer* koblet sammen. Man går så igjen tilbake til transkripsjonsnotatet og sjekker at de ulike temaene fra listen *tematiske klynger* stemmer over ens med og har rot i det som står i transkripsjonsnotatet. I dette steget av analysen bruker forskeren en tolkende tilnærming for å prøve å forstå hva deltakeren sier.

Steg 4: Nå skal man lage en tabell. Hver *tematiske klynge* blir gitt et overordnet navn som representerer akkurat den *tematiske klyngen* sitt tema. I tillegg skal tabellen bestå av et sitat fra teksten som representerer hvert enkelt punkt fra listen over *tematiske klynger*, samt hvor i teksten man kan gjenfinne dette sitatet.

Steg 5: Nå er man ferdig med analysen av første transkripsjonsnotat. Da kan man enten velge å starte med blanke art på et nytt transkripsjonsnotat, eller kan man bruke temaene fra første transkripsjonsnotat inn i analysen av neste. Uavhengig av hva man velger er det her viktig å ikke bare notere ned temaer som gjentar seg, men også nye temaer som dukker opp. I tillegg er det viktig å notere ned ulikheter innad i like temaer.

Steg 6: Etter at man så har gjort dette med alle transkripsjonsnotatene lager man en overordnet tabell hvor man samler alle temaene som man ønsker å inkludere i teksten. Her vil man måtte velge ut noen temaer. Hvilke temaer man velger å ha med skal ikke avhenge av hvor ofte de dukker opp i teksten, men heller av hva som oppleves som interessant og nyttig for problemstillingen og forskeren.

Steg 7: Nå skal temaene oversettes og skrives om til en fortellende tekst som utgjør selve avsnittene i oppgaven. Også i denne delen av prosessen vil forskeren prøve å tolke og forstå innholdet. Teksten kan presenteres på to ulike måter, enten ved å først skrive et resultatavsnitt med de ulike analyserte temaene og et separat diskusjonsavsnitt hvor man viser til analysen og relevant litteratur, eller så kan man skrive et felles resultat- og diskusjonsavsnitt hvor man presenterer de analyserte temaene sammen med analysen og relevant litteratur (30).

## 2.6 Forskerens forforståelse

Et viktig aspekt ved kvalitativ forskning og analysemetoden IPA er å ikke la sine egne forutinntatte antagelser prege arbeidet i for stor grad (28, 30). Det vil nok aldri være mulig å fjerne denne faktoren fullstendig, men ved bevisstgjøring og informasjon er det mulig å gjøre den så transparent som mulig. Det er nettopp det jeg forsøker her, og jeg vil derfor informere om min egen bakgrunn.

Jeg er en etnisk norsk, kvinnelig medisinstudent. I løpet av medisinstudiet har jeg vært aktiv i studentorganisasjoner, og har i forbindelse med det vært i dialog med flere leger som jobber som både ledere og toppledere i norsk helsevesen. Med bakgrunn i min interesse og nysgjerrighet for mennesker som et fenomen sett fra et sosialpsykologisk perspektiv har jeg derfor i tidligere møter og dialog merket meg hvilken type mennesker de er og hvordan de fremstår ved væremåte og kommunikasjon i en sosial setting. Jeg har undret meg over hva det er med disse menneskene som har gjort at de har valgt en utradisjonell retning innenfor medisin, og endt opp som ledere. Jeg har fundert på om de alltid har vært en ledertype og hatt som mål å jobbe som ledere, om det har vært spesielle hendelser som har ført de dit de er i dag og hvordan de har opplevd ulike hendelser frem mot en lederstilling. Det er denne nysgjerrigheten og disse møtene som har dannet grunnlag for oppgavens tema. I møte med disse menneskene har jeg selv opplevd de som tydelige og bestemte, med en selvsikker fremtoning. Det har dannet grunnlag for en forutinntatt antagelse om at dette er målretta karrieremennesker, som har jobbet strategisk for å oppnå en lederposisjon. Selvom denne studien har som hensikt å utforske veien frem til en slik topplederstilling, og hvilke betingelser som trekkes frem som betydningsfulle mener jeg at mine forutinntatte formeninger om hvilken type mennesker dette er i liten grad preger analysen av veien frem mot en slik stilling. Likevel vil aspekter av min tolkning av innholdet være preget av disse forforståelsene. Jeg har forsøkt å være bevisst dette, og prøvd å legge dette til side under analyseprosessen. Dette har jeg gjort ved å forsøke å stille åpne spørsmål i intervjuene, slik at jeg skulle få frem poeng som jeg ikke nødvendigvis hadde tenkt på selv i forkant. I tillegg var jeg under alle intervjuene bevisst på å følge opp svarene jeg fikk med oppfølgingsspørsmål, med mål om å møte materialet med et åpent syn. Jeg mener at jeg har klart å møte materialet mitt med et tilstrekkelig fordomsfritt syn.

## 2.7 IPA som analysemetode i denne oppgaven

Jeg analyserte ett og ett intervju om gangen. Det første intervjuet ble lest igjennom flere ganger. Først noterte jeg ned fraser og temaer som fanget min interesse som kommentarer i høyre kolonne av Word-dokumentet. Deretter leste jeg gjennom intervjuet på nytt for å omdanne de første kommentarene til *titler på fremtredende temaer*.

For eksempel dannet setningen fra intervjutranskripsjonsnotatet «..og hun så nok at jeg trengte litt hjelp..», grunnlag for kommentaren «en annen person så at hun trengte hjelp», som igjen ble til tittelen «Å bli sett av andre».

Når jeg så hadde laget *tittel på fremtredende temaer* fra hele det første intervjuet opprettet jeg et nytt Word-dokument og laget en liste med disse temaene. Jeg slo så sammen temaer fra denne listen som hadde koblinger til hverandre, noe som dannet grunnlag for listen over *tematiske klynger*.

For eksempel hadde jeg fra listen over *titler på fremtredende temaer* temaene «Initiativ fra andre» og «Å bli sett av andre», som ble koblet sammen til temaet «Hvor viktig rolle andre spiller» i listen over *tematiske klynger*.

Deretter laget jeg en tabell med overordnede temaer fra listen *tematiske klynger* med punkter under hvert tema med eksempler fra det aktuelle tema, hvor i teksten det kunne gjenfinnes og sitatet fra teksten som var opphavet til det aktuelle temaet. Illustrert i tabell 1:

<b>Tema</b>	<b>Hvor</b>	<b>Sitat</b>
<b>Hvor viktig rolle andre spiller</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medvirkning fra andre.</li><li>• Å føle at man blir sett og støttet av andre.</li><li>• Å bli sett av andre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1.19</li><li>• 3.31</li><li>• 3.33</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• «..utfordres vi på å jobbe som avdelingsoverlege..»</li><li>• «..å bli tatt vare på av dem..»</li><li>• «Og hun så nok at jeg trengte litt hjelp.»</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Å bli tatt vare på.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.35</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «..hun la hånden sin over meg og hjalp meg i starten..»</li> </ul>
---	--	---

Tabell 1. Utdrag fra tabell fra første intervju. Tallene i tabellen representerer hvor i teksten sitatet kan gjenfinnes. Det første sifferet representerer sidetallet, og sifferet bak punktum viser til linjen på den aktuelle siden. For eksempel kan første kulepunkt gjenfinnes på side 1, linje 19 .

Deretter brukte jeg denne tabellen med temaer som utgangspunkt når jeg gikk over til å analysere intervju nummer to. Gjentakende temaer som dukket opp ble notert ned i en slik tabell, både like temaer med like poeng fra samme tema, men også ulike poeng fra like temaer. I tillegg ble nye temaer som dukket opp notert ned. Videre ble dette gjort med alle de resterende transkripsjonsnotatene av intervjuene.

Til slutt ble det laget en samlet tabell over temaer fra alle intervjuene, presentert her (tabell 2):

<b>Samla temaer fra analysen</b>
Ledelseserfaring fra klinikken
Hvor viktig rolle andre spiller
Tilfeldighet
Selvkritikk som barriere
Familieliv som barriere
Motivasjon og drivkraft
Kunnskap og innsikt som en motiverende faktor
En god første opplevelse som et betydningsfullt forhold på veien frem mot en topplederstilling
Født sånn eller blitt sånn?
Hvordan håndtere utfordringer og vanskelige situasjoner

Uredd
Kjønn som betydningsfull faktor

Tabell 2

Etter diskusjon og innspill fra veileder ble noen av temaene samlet til ett tema, mens andre temaer ble valgt bort til fordel for andre. Det ble dermed utarbeidet en tabell med temaene som danner grunnlag for de ulike avsnittene i resultat- og diskusjonsdelen av oppgaven. Disse presenteres i høyre kolonne av tabellen (tabell 3):

<b>Samla temaer fra analysen</b>	<b>Temaer som inngår i resultat- og diskusjonsavsnittene av oppgaven</b>
Ledelseserfaring fra klinikken	Ledelseserfaring fra klinikken
Hvor viktig rolle andre spiller + tilfeldighet	Tilfeldighet og andres rolle
Selvkritikk som barriere + familieliv som barriere	Familieliv og selvkritikk som barriere
Motivasjon og drivkraft + kunnskap og innsikt som en motiverende faktor	Motiverende faktorer
Kjønn som betydningsfull faktor	Kjønn som betydningsfull faktor
Født sånn eller blitt sånn? + Hvordan håndtere utfordringer og vanskelige situasjoner + uredd	Kvinnelige topplederes modalitet

Tabell 3

Temaene ble valgt på bakgrunn av hvor relevante de var for studiens formål, og hvor interessante de opplevdes for forskeren. Hvor hyppig de forekom i teksten var ikke et utvelgingskriterium. Noen temaer opptrådte i alle de fem intervjuetekstene, andre bare i ett.

## 2.8 Datalagring og etiske utfordringer

Det ble sendt inn meldeskjema med referansekode 130964 til Norsk senter for forskningsdata (NSD), som er personvernombud for UiT. Planen for behandling av personopplysninger i prosjektet ble vurdert til å være i samsvar med personvernlovgivningen. Det var kun jeg som

hadde tilgang på og kunne lyttet til lydfilene av intervjuene. Lydfilene og transkripsjonsnotatene ble lagret på en passordbeskyttet kryptert minnepenn. Disse vil bli slettet i det oppgaven godkjennes. Under transkripsjonsprosessen ble all informasjon som kunne identifisere deltakeren transkribert som frasen «xx (*anonymisert*)», for eksempel navn på sykehus, avdelinger og steder. Indirekte identifisering av deltakerne er en aktuell problemstilling, og det har vært utfordrende å definere utvalget så presist som mulig og samtidig bevare deltakernes anonymitet. Jeg har håndtert dette ved å ikke inkludere arbeidsplass, stillingstittel eller navn på deltakerne i oppgaven.

Studien har ikke til hensikt å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom, og faller dermed ikke inn under helseforskningslovens bestemmelser. Den er dermed ikke fremleggingspliktig for regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning.

### 3 Resultater

Av de temaene som kom frem i analyseprosessen er det valgt ut seks overordnede temaer (tabell 3) som presenteres her i resultatavsnittet. Temaene som presenteres er valgt ut fordi jeg opplever dem som interessante, og fordi jeg mener de har mest innholdsmessig betydning i forhold til studiens formål. Temaet *Ledelseserfaring fra klinikken* er inkludert fordi det sier noe om hva deltakerne opplevde som ledelse og beskriver deler av deres vei frem mot topplederstillingen. Temaet *Tilfeldighet og anmodning fra andre* var et overraskende funn for forskeren, og er inkludert fordi det gir en innsikt i elementer som spilte en viktig rolle for at deltakerne endte opp som toppledere. Tidligere forskning har angitt høy grad av selvkritikk og familieliv som barriere for kvinner til å avansere til lederstillinger. Deltakerne i denne studien rapporterte andre opplevelser knyttet til dette temaet, og det er derfor interessant å ta med en slik forskjell. Deres synspunkt på temaet belyses under avsnittet *Familieliv og selvkritikk som barriere*. Temaet *Motiverende faktorer* er inkludert fordi det illustrerer hva som gjorde at de ble værende i en lederstillinger, men også hvilke faktorer de opplevde som betydningsfulle for å avansere til andre lederstillinger. Dette var spesielt interessant sett i lys av hva som kom frem om tilfeldighet og hvor viktig rolle andre spilte. Temaet *Kjønn som betydningsfull faktor* er tatt med fordi jeg mener det er et viktig element å avklare siden oppgaven omhandler kun kvinner, og det gir en innsikt i hvorfor nettopp disse deltakerne ikke har opplevd kjønn som en betydningsfull faktor. *Personlige lærings situasjoner og grunnlag*

*for god ledelse* belyser noen trekk av hvem de er og hjelper meg derfor å prøve å forstå individene som et fenomen, i tillegg til at det gir en bakgrunnsinformasjon som er nyttig i tolkningen av de andre temaene som kom frem av analysen.

### **3.1 Ledelseserfaring fra klinikken**

De fleste deltakerne beskrev sin vei frem mot topplederstillingen som en trappetrinnprosess. Først fikk de ledelsesansvar som leger i klinikken, i form av stillinger som avdelingsleder, klinikkleder og seksjonsleder. I disse stillingene var lederrollen kombinert med klinisk arbeid.

*«Også er det jo litt sånn så har jeg vel gjort det samme som de fleste andre som blir ledere som er leger, at vi først får et ansvar som seksjonsoverlege, også søker vi på eller utfordres vi på å jobbe som avdelingsoverleger, og eller avdelingssjefer.»*

En av deltakerne så på rollen som lege i klinikken som den første lederrollen. Hun mente at man burde se på rollen som lege i klinikken som en lederrolle, fordi man har det overordnede ansvaret for teamet. Hun problematiserte det at man ikke så på dette som en lederjobb, fordi det er verdifull ledelseserfaring, siden man trenes på å ta beslutninger og får ansvar, noe som er en viktig del av ledelse. En annen deltaker så ikke på sin stilling som avdelingsoverlege som en lederstilling, fordi stillingen ikke innebar personal- eller økonomiansvar.

Det var altså ulike oppfattelser av når en stilling ble ansett som en lederstilling. Da deltakerne så tilbake på sine karrierer, var det likevel tydelig at det var flere trinn som inneholdt en form for ledelse. Erfaring som leder i klinikken kan ses på som et springbrett til lederstillinger på et høyere nivå. Dermed representerer det et viktig element i veien frem til den aktuelle topplederstillingen. Det er mulig at disse refleksjonene rundt hva en lederstilling egentlig er bare gjøres i etterkant av og i lys av den lederstillingen de nå har.

### **3.2 Anmodning fra andre og tilfældigheter**

En rød tråd i alle deltakernes historie var hvor stor rolle andre hadde spilt. Det var avgjørende for det første steget inn i lederrollen at initiativet kom fra noen andre. Flere forklarte at de aldri hadde tenkt på seg selv som ledere, eller tenkt at det var denne retningen karrieren skulle ta. Oppfordring fra andre om å takke ja til lederstillinger ble beskrevet som helt avgjørende. Det var et viktig element hele veien at noen spurte direkte om de kunne tenke seg en lederjobb.



**Deltaker:** «Vi brukte veldig mye tid på å finne en xx (anonymisert). Der ble jeg spurt om å søke. Så søkte jeg på den. Også fikk jeg stillingen.»

**Intervjuer:** «Tror du at du hadde søkt den stillingen hvis du ikke hadde blitt spurt?»

**Deltaker:** «Nei. Aldri. Der var det nok sånn at jeg hadde tenkte at jeg aldri var kvalifisert. Så det hadde jeg nok ikke gjort.»

Det spilte også en rolle hvem det var som spurte og oppfordret til å takke ja til lederjobben.

**Intervjuer:** «Vil du si at det er riktig hvis jeg sier at du ikke ville gått inn i xx (anonymisert) hvis det ikke hadde vært for andre folk rundt deg som hadde motivert deg?»

**Deltaker:** «Ja det er riktig, det er helt korrekt.»

**Intervjuer:** «Kan du nevne noen personer eller situasjoner som har vært viktig og motiverende for at du har gått inn i en lederrolle?»

**Deltaker:** «Ja, det første var jo han som spurte om jeg ville bli xx (anonymisert). Det hadde veldig stor betydning at han (med trykk på han) spurte. Han hadde velvalgte ord, og ikke sant, sa at jeg har sett deg i konfrontasjon, det takler du bra, og han ga seg liksom ikke.»

Dette sier noe om andre menneskers påvirkningskraft. Det kan virke som at det å bli spurt og oppfordret av andre er med på å skape en følelse av å bli sett, støttet og tatt vare på. Å få anerkjennelse fra andre og å bli dratt med oppover av andre gir en trygghet inn i en usikker situasjon. Det fremstår som viktig at det var personer deltakerne hadde respekt for som spurte, slik at deres mening hadde betydning. Dette sier også noe om deltakerne, nemlig at de hadde høy grad av åpenhet for handlinger og ideer. De er ikke av typen som motsetter seg nye opplevelser, men har et åpent sinn. Hvis ikke hadde de ikke latt seg overbevise.

Et annet element som ble trukket frem som gjorde det mindre skummelt å prøve seg i en lederstilling var ufarliggjøring av situasjonen, eksempelvis ved å si at dette ikke betydde at de låste seg til en slik stilling resten av livet, og at hvis det ikke falt i smak, var det bare å slutte.

«Dette er ikke noe ekteskap, du kan jo gå ut av det etter et halvt år hvis du ikke syntes at dette er noe for deg. Da ble terskelen ikke for høy.»

Det kan virke som at denne tilnærmingen, nærmest bagatellisering av situasjonen, hadde en positiv innflytelse. Med en slik innfallsvinkel tillates man å feile, noe som kanskje kan være grobunn til frykten for å ikke tørre å prøve. På den måten blir ikke fallhøyden så stor. Et slikt tankesett kan ses på som en mestringsstrategi for å tørre å slippe seg løs og gå inn i det ukjente.

Ingen av deltakerne beskrev veien frem til den aktuelle topplederstillingen som et strategisk bevisst karrierevalg. Det opplevdes tilfeldig. Tilfeldigheten var knyttet både til indre og ytre faktorer. Med indre faktorer menes at deltakerne ikke hadde et personlig mål og tanke om å bli toppledere. En av dem beskrev at allerede fra starten av medisinstudiet hadde hun et åpent sinn om karriereveien. Hun hadde ikke bestemt seg for hva hun skulle bli, og syntes det var tidlig å bestemme seg. Derfor var medisinstudiet et fint sted å starte, fordi det ga muligheten til å gjøre mye forskjellig. Til og med etter at hun var ferdig utdannet og hadde startet å jobbe som lege i klinikken var det ikke klart for henne hvilken retning hun skulle gå i. Dermed var hun åpen for at karrieren kunne ta mange ulike retninger.

*«For det første så var det aldri min tanke at jeg skulle bli leder. Jeg er ikke av de som har gått med en lederambisjon i magen.»*

Med ytre faktorer menes omstendighetene rundt. Tilfeldigheter gjorde at det åpnet seg muligheter for lederstillinger, ved at stillingene ble tilgjengelig fordi den daværende lederen sluttet eller at ingen andre ønsket å lede. Deltakerne var på riktig sted til riktig tid.

*«Det er hele tiden litt tilfeldigheter. Mye opprør og oppsigelser. Klinikksjefen måtte gå, direktøren måtte gå.»*

Selv om tilfeldighet ble trukket frem som et sentralt element, la også flere av deltakerne til bakgrunnshistorier som belyser hvorfor nettopp de ble spurt i utgangspunktet. En av deltakerne beskrev seg selv som en person som alltid har hatt formeninger om ting og gitt uttrykk for det. Hun så ikke selv på det som egenskaper som hun kunne ha nytte av i en lederposisjon, men det var noen andre som så det i henne. En annen deltaker fortalte at en kollega så hvordan hun håndterte en konfrontasjon på arbeidsplassen, og fortalte henne at han mente hun håndterte situasjonen godt og hadde egenskaper som passet til en lederrolle. Vedkommende ble senere avgjørende ved å overtale henne til å ta første lederjobb.

*«..det er det løpet hvor du har skaffet deg den bredden og kompetansen og kanskje vist et positivt omdømme, hvis jeg skal være aldri så lite beskjeden, som gjør at du vil bli spurt, og at folk synes det er aktuelt å tilby deg den jobben.»*

*«..ikke drevet aktiv søknad..litt tilfeldigheter og litt min leveranse..»*

Dette sier noe om hvorfor de var aktuelle å spørre i utgangspunktet. Det er mer til fenomenet tilfeldighet enn at det bare er ren tilfeldighet. Det er ingen som bare snubler inn i en topplederstilling. Deltakerne hadde aldri endt opp i en topplederstilling hvis de ikke hadde gjort en god jobb i de tidligere stillingene. De har jobbet seg oppover, og blitt tilbudt jobber nettopp fordi de har gjort seg aktuelle ved å gjøre en god jobb i den forrige stillingen. Det er en grunn til at man blir spurt om neste lederjobb. Jeg synes dette er et viktig poeng å få frem, fordi det er viktig å ikke diskreditere deres oppnåelser. Et gjennomgående element, som også viser seg her, er hvor viktig rolle andre spiller. Det kan virke som at deltakerne, i hvert fall i starten av karrieren, ikke så på seg selv som aktuelle kandidater, men andre så potensialet i dem.

### **3.3 Selvkritikk og familieliv som barrierer**

Funnene i denne studien står i kontrast til tidligere forskning om høy grad av selvkritikk og familieliv som barrierer for å avansere til en topplederstilling. Samtidig er det en logisk slutning at disse faktorene ikke har hindret deltakerne i denne studien i å avansere, side de faktisk har oppnådd en topplederstilling.

Deltakerne ble spurt spesifikt om familieliv og grad av selvkritikk. Det var ikke åpne spørsmål om generelle barrierer, hvor familieliv og grad av selvkritikk kom frem.

#### **3.3.1 Selvkritikk som barriere**

Flere av deltakerne fortalte at de opplevde seg selv som selvkritiske. På spørsmål om hvorvidt kvinner er mer selvkritiske enn menn, svarte en av deltakerne at det er en myte som hun trodde var sann. Likevel så hun ikke på sin egen selvkritiske holdning som en barriere eller grunn til å ikke prøve, fordi det fantes en måte å håndtere den på, nemlig å lese og forberede seg godt. Det førte til at hun hadde oversikt over situasjonen, noe som igjen ga en trygghet og selvsikkerhet i arbeidet. Slik turte hun å kaste seg ut i det likevel. På den måten opplevdes det ikke som en barriere, fordi det stoppet henne ikke fra å tørre å prøve. En annen deltaker trakk også frem det å forberede seg godt som en mestringsstrategi for å få bukt med selvkritikken.

Hun fortalte at den usikkerheten som selvkritikken medførte ble kompensert ved å få kontroll på situasjonen gjennom å skaffe seg kunnskap, ved å lese eller ved å snakke med andre.

*«Jeg har nok et rikt monn av det, det å være selvkritisk. Jeg kompenserer nok til en viss grad. Bruker tid på liksom å lese meg opp. Forstå ting.»*

Dette ble også trukket frem som en mer dominerende faktor tidlig i karrieren. En av deltakerne forklarte at etter at terskelen var brutt begynte hun å ha mer ambisjoner på vegne av seg selv, og tro på at dette var noe hun kunne mestre. En annen deltaker forklarte det samme. I den første lederstillingen var det et element av selvkritikk, med tanker om at dette har jeg ikke gjort før så dette vet jeg ikke om jeg får til. Dette var mest gjeldende i den første lederjobben. Etter det hadde hun erfart at dette var noe hun klarte og da var hun ikke like selvkritisk.

*«..hvor man tenker at man selv med de eller den bakgrunnen man har kanskje har enda bedre forutsetninger.»*

For å prøve å forstå hvorfor selvkritikk ikke opplevdes som en barriere, forklarte en av deltakerne hvordan hun så på denne jobben som et felles prosjekt. Jobben var ikke en individuelt orientert prestasjon, det sto og falt ikke på henne. Det handlet om noe mer enn bare hennes individuelle prestasjon, dette var et teamarbeid. Denne tilnærmingen gjorde at hun ikke var så redd for å prøve noe nytt. Hun påpekte også at dette var noe som kom med erfaring.

*«Jeg har personer rundt meg jeg kan spille på.. Jeg tror nok at jeg er en person som bruker andre på alt jeg ikke har kompetanse på selv eller ikke har den spisskompetansen, og det gjør at jeg er ikke så redd for å kaste meg ut i det heller.»*

En av deltakerne forklarte at hun ikke kjente seg helt igjen i beskrivelsen av at kvinner er mer selvkritiske enn menn og at dette dermed blir en barriere for å avansere til en lederstilling. Hun forklarte at hun fra tidlig alder av lærte hjemmefra å se på ting hun aldri hadde gjort før som en mulighet og en utfordring. På den måten ble ikke det at hun aldri hadde gjort noe før en grunn til ikke å tørre å prøve.

*«Den egenskapen tror jeg at jeg har fordi jeg har en far som har vært opptatt av det og han har alltid stimulert meg til læring og mestring og utfordret meg tidlig.»*

Dette viser at selvkritikk, som sådan, er en faktor deltakerne hardde med seg, men som ikke opptreer som en absolutt barriere. Dette sier noe om at de ikke føler at de har brutt barrierer, fordi det var ingen barrierer å bryte i utgangspunktet.

### 3.3.2 Familieliv som barriere

Flere av deltakerne anerkjente at for noen så kan familieliv være en grunn til å ikke avansere til en lederstilling. Å stifte familie handler om prioritering av tid. I hvilken fase av livet man var i hadde betydning. En av deltakerne fortalte at familie var en betydningsfull faktor, og at hun aldri ville valgt jobben fremfor barna, men at hun nå kunne sitte i lederstillinger som krevde mye tid av henne fordi barna var voksne.

*«Familiesituasjon har i aller høyeste grad påvirket valgene mine. Det å ta valg som på en måte vil innebære at jeg ikke kunne ta meg av barna mine, det har nok sittet et stykke inne. Det at jeg nå er gått inn i den rollen jeg er i nå, det hadde jeg aldri gjort hvis det ikke var for at barna mine var voksne og at de kan klare seg godt selv. Så det er nok riktig, at det har vært medvirkende.»*

Det samme ble belyst av en annen deltaker som fortalte at hun holdt på med forskning samtidig som hun etablerte familie, og at det ble for krevende tidsmessig, derfor valgte hun bort forskning. Hvis det på det tidspunktet var en lederstilling hun hadde hatt så hadde hun gjort det samme, altså prioritert familieliv foran karriere.

*«...hadde det vært ledelse på det tidspunktet så hadde jeg helt sikkert valgt det vekk på samme måte.»*

Flere av deltakerne forklarte at omstendighetene rundt var avgjørende. Strukturelle faktorer som hvorvidt man har noen å dele foreldreansvaret med, var en komponent som gjorde det lettere å kombinere mye jobb med familieliv, fordi partneren ikke jobbet like mye.

*«Også har jeg en partner som ikke går vakter.»*

En av deltakerne sammenlignet arbeidsforholdene i lederstillingen med dem i klinikken. Hun opplevde lederjobben som mer forenlig med familieliv enn jobben som lege i klinikken, fordi man som leder ikke er bundet til å fysisk være på sykehuset i like stor grad, og dermed får mer tid til å være hjemme.

*«Sånn sett er lederstillinger greiere og mer forenlig.»*

Dette belyser en annen side av elementet tilfeldigheter, nemlig at livsfasen er en betydningsfull faktor for om familieliv blir en barriere for å avansere til en lederstilling eller ikke. Dette viser også at deltakerne ikke er stereotypiske karrieredrevne person som har ofret alt for en lederstilling.

### **3.4 Motiverende faktorer**

Sett i lys av det som kom frem angående tilfeldigheter var det interessant å se på hva som motiverte deltakerne til å fortsette i en lederstilling, og avansere ytterligere.

#### **3.4.1 Kunnskap og innsikt som motiverende faktor**

Flere av deltakerne beskrev valget mellom å gå videre med ledelse eller kombinere ledelse med klinisk arbeid som et vendepunkt i karrieren. Da de hadde nådd et visst nivå i sine lederstillinger, kunne ikke ledelse lenger kombineres med klinisk arbeid hvis de skulle avansere videre. Det var tidsmessige årsaker som ble trukket frem som grunnen til dette. Det betydde at de måtte ta et valg som innebar å velge bort en av rollene.

En av deltakerne fortalte at da hun sto ved dette vendepunktet og innså at hun måtte velge mellom klinikk og ledelse, var det etterutdanning innenfor ledelse som ble den avgjørende faktoren. Hun forklarte videre at utdanningen opplevdes som motiverende fordi den ga kunnskap. Hun fikk bedre innsikt i hva det ville si å være leder og lærte mer om drift, politikk, økonomi og rammer rundt det å lede. Det tente en gnist i henne og overbeviste henne om at dette var veien hun ønsket å gå. Det opplevdes fornuftig å skulle bruke tid på ledelse, og hun ble overbevist om at det var mye morsomt med ledelse som hun likte, slik at hun kunne se bort fra de oppgavene hun likte mindre.

*«Det som var ganske avgjørende, det var nok at jeg startet på etterutdanning i ledelse. Så akkurat den der perioden der var nok litt avgjørende for at jeg valgte å gå videre.»*

En annen deltaker trakk også frem kunnskap og innsikt som en motiverende faktor for å fortsette i lederstillinger. Det var etterutdanning som ga henne denne kunnskapen og innsikten. Hun forklarte at dette ga henne kunnskap om og innsikt i helsevesenet som organisasjon, både politisk, økonomisk og strukturelt. Det var denne dypere forståelsen, og avklaring rundt rolleforventning som gjorde ledelse interessant, noe hun følte at hun manglet fra tidligere. Etterutdanningen ga ny innsikt i hvordan helsevesenet er organisert. I tillegg ga

den også innsikt i hvem hun var som person. Hun lærte å kjenne sine styrker og svakheter bedre, og forsto hvilken betydning disse egenskapene har i en lederrolle.

At kunnskap trekkes frem som en avgjørende faktor i dette skjæringspunktet sier noe om viktigheten av å ha undervisning om ledelse. Spesielt hvis vi, som yrkesgruppe og helsesektoren som organisasjon, ønsker ledere med klinisk bakgrunn.

### **3.4.2 Kollegaer og følelsen av å jobbe for noe større enn seg selv som motiverende faktor**

På spørsmål om hva som driver og motiverer disse kvinnene ble kollegaer trukket frem som en viktig faktor. Å ha motiverte folk rundt seg hadde en positiv innflytelse. Det opplevdes som motiverende å ha motiverte kollegaer som tok initiativ og jobbet hardt.

*«Det som motiverer meg i denne jobben her, det er jo selvfølgelig å jobbe sammen med utrolig flinke ansatte.»*

En annen drivkraft var tilnærmingen om at dette var et felles prosjekt, hvor man arbeidet for noe som var større enn seg selv. Det var ikke et enkeltindividfokus med ønske om å få seg selv opp og frem i verden, men et syn på ledelse som en arbeidsoppgave man tok på seg på vegne av noe større, med et ønske om å gjøre en god jobb for fellesskapet. Motivasjonen kom fra en genuin interesse og et følelsesmessig engasjement. De ønsket å ta lederrollen fordi de hadde tro på at de sammen kunne klare å oppnå noe til fellesskapets gode.

Da jeg prøvde å forstå hvorfor akkurat disse kvinnen ikke opplevde selvkritikk som en barriere for å avansere, kom det frem at synet på oppgaven som et felles prosjekt var avgjørende. Å ha motiverte kollegaer og følelsen av å jobbe for noe større enn seg selv viser en annen side av det elementet. Med det mener jeg at jeg forstår det dit hen at det gjennomgående trekket i fremstillingen av ledelse som et felles prosjekt sier noe om deltakernes måte å tenke på og karakteriserer deres syn på holdningen «oss» og ikke «jeg». Ikke bare hjelper det dem å bryte barrierer andre opplever, men det motiverer også dem selv på veien videre.

### **3.5 Kjønn som betydningsfull faktor**

Ingen av deltakerne ga uttrykk for at deres kjønn hadde vært en ulempe. En av deltakerne forklarte at hun heller hadde opplevd det motsatte. Det opplevdes som en fordel å være kvinne i ledelse, fordi det var noe annerledes som var med på å skape mangfold. En annen deltaker

ga uttrykk for det samme. Hun forklarte at hun ikke følte at det hadde vært vanskeligere for henne å få stillinger som leder fordi hun var kvinne. Hun opplevde heller at hun ble heiet frem, og at det var ønskelig med en kvinnelig leder.

*«Så har ikke jeg opplevd det som noe problem i det hele tatt, heller motsatt.»*

*«Jeg føler egentlig at jeg har blitt heiet frem som kvinne.»*

Flere av deltakerne ga også uttrykk for at de følte at kjønn ikke var av betydning, at det hverken var en ulempe eller en fordel. Det var ikke en aktuell problemstilling eller en relevant faktor. En av deltakerne forklarte at hun trodde hun hadde denne oppfatningen fordi hun selv ikke har tillagt det så stor vekt. En annen reflekterte over om det var fordi det faktisk ikke var av betydning, eller om det var fordi hun var en type som ikke la merke til det og derfor sann sett aldri opplevde at det var en betydningsfull faktor.

*«Så for meg så har ikke det vært relevant egentlig, mer at jeg bli spurt om det ved akkurat sånne her anledninger.» (viser til dette intervjuet)*

*«Så har jeg tenkt mange ganger på det, er det fordi at jeg ikke tenker så mye på det at jeg ikke legger merke til det. Men jeg har kommet til at jeg antagelig har vært relativt heldig sånn at jeg har egentlig ikke noen spesielle opplevelser som tilsier verken at det er en ulempe eller en fordel å være kvinne.»*

En av deltakerne påpekte også utviklingen i samfunnet som en faktor som gjorde at hun ikke opplevde at kjønn var av betydning. Det har skjedd mye i samfunnet, og den historiske utviklingen har vært at det er flere og flere kvinner som jobber som ledere, og at den veien allerede er gått opp.

*«Jeg ser jo at den utviklingen som har vært, hvis man ser nasjonalt, så er det jo også sånn i xx (anonymisert), så var det en periode hvor nesten alle xx (anonymisert) var kvinner. Det er jo noe som har skjedd helt uavhengig av meg, men man har kanskje ønsket å utfordre det som tidligere var ganske tradisjonelle mansroller. Det er vel kanskje derfor jeg føler at det ikke har vært noe jeg har måttet kjempe for.»*

Dette viser at deltakerne ikke har følt at de har måttet kjempe for å bryte med kjønnsbaserte barrierer i et mannsdominert samfunn. Dette kan skyldes både utviklingen i samfunnet forøvrig, og individuelle forskjeller.



## 3.6 Personlige lærings situasjoner og grunnlag for god ledelse

Under intervju- og analyseprosessen dukket det opp temaer som jeg i utgangspunktet ikke hadde tenkt på. Det ligger i den kvalitative metodens natur at dette kan skje. Svarene fra intervjudeltakerne dannet grunnlag for nye temaer som opplevdes interessante og derfor ble utforsket videre. Temaene opplevdes interessante fordi de ga et innblikk i hvem deltakerne er og hva de står for. Denne innsikten var med på å bedre forståelsen av deres tilnærming til ulike temaer som tidligere hadde blitt diskutert. Dette la til et ekstra lag i forsøket på å forstå hvordan deltakerne forsto sin vei frem mot en topplederstilling.

### 3.6.1 Lederegenskaper kan tilegnes

I de intervjuene hvor temaet om hvorvidt man er født leder eller om man kan tilegne seg egenskaper som trengs for å jobbe som leder kom opp, var det ingen av deltakerne som mente at de var født ledere.

*«Jeg er ikke sånn at jeg har tro på at det er noen som er født ledere og andre ikke er det.»*

En av deltakerne poengterte imidlertid at hun mente at det å like å organisere, å engasjere seg og å ha en formening om hvordan ting burde gjøres, var en del av hennes personlighetstrekk som alltid hadde vært der.

*«Som person så har jeg sikkert alltid vært litt opptatt av å rydde og organisere. Jeg har hatt ideer om det. Sånn tror jeg bare at jeg er. Lar meg engasjere av ting og har en oppfatning av hvordan ting kan gjøres.»*

Lederegenskaper kan tilegnes, det er ikke slik at noen er født ledere mens andre ikke er det. Det kan komme av at man vokser og blir eldre og ved at man liker å lære seg ting som man før ikke trivdes med, og de kan tilegnes gjennom erfaring.

### 3.6.2 Håndtering av vanskelige situasjoner

Under intervjuene kom det frem flere eksempler på situasjoner som opplevdes som betydningsfulle for deltakerne, for eksempel historier om erfaring med dårlig ledelse. Det ble videre utforsket hvordan dette opplevdes og hvordan en slike situasjoner ble håndtert.

En av deltakerne fortalte at hun taklet det hun opplevde som dårlig ledelse med holdningen om at hun ikke kunne jobbe under slike omstendigheter, og hun sluttet derfor i jobben. Hun tenkte ikke at dette var noe hun skulle jobbe for å prøve å endre eller fikse, men heller at under slike rammer og forhold trivdes hun ikke, og da måtte hun fjerne seg fra situasjonen og finne seg et annet sted å jobbe. Hun ble ikke brutt ned av det, men hadde en rasjonell tilnærming til situasjonene, og tenkte at hvis hun var i et slikt miljø som hun ikke trivdes i, så er det med på å skape dårlig arbeidsmiljø og det er ingen tjent med. Hun så ikke på dette som et tap, eller at hun ga opp, fordi det er ikke alt man skal tåle å stå i.

*«..da flytter jeg bare på meg..jeg kan ikke jobbe her..så da slutta jeg rett og slett, og fant meg en annen jobb.»*

En annen fortalte om en leder som stadig spurte henne om når hun skulle slutte i jobben. Det opplevdes ikke som motiverende, heller motsatt, fordi det var med på å skape usikkerhet. Vedkommende ble en antihelt. Likevel knekte det henne ikke, fordi hun klarte å rasjonalisere situasjonen. Det var ingen av de andre kollegene som ga uttrykk for at hun ikke var god nok og derfor burde slutte. Hun sto i det fordi hun følte støtte fra andre kollegaer. Hun tenkte heller «hva er det med deg som leder som gjør at du har et behov for å si disse tingene», i stedet for å tenke at hen har sikkert rett og derfor gi seg.

*«Jeg husker, jeg ble alltid lei meg når xx (anonymisert) spurte meg. Så var det en av xx (anonymisert) som nesten alltid klarte å dytte meg i ryggen og si «ikke gi deg».»*

### **3.6.3 Å tørre å stå opp for seg selv**

Et trekk som kom tydelig frem spesielt hos en av deltakerne, var evnen til å være modig og uredd. Hun utviser mot ved å tørre å ta kamper, heve stemmen sin og si i fra hvis hun er uenig, og ved å tørre å stå opp for seg selv. Hun viste at hun var modig og uredd på flere plan, både ved å stå opp for det som følte moralsk riktig å gjøre for fellesskapets nytte, og ved å stå opp for seg selv. Sistnevnte ble illustrert gjennom historien om hvordan hun sluttet i jobben hun ikke trivdes i, uten å ha en ny jobb å gå til. For å klare det må man være litt uredd, fordi det betyr at man må slippe seg løs fra de trygge rammene, og tåle å stå i usikkerheten det medfører å ikke vite hva neste steg er. Hun mente at man burde kunne klare å stå i slike situasjoner hvis man er toppleder, fordi det er mye usikkerhet knyttet til slike lederposisjoner. Du kan bli sagt opp, i tillegg til at det er vanlig med større utskiftninger i slike stillinger. Det fremstår som et modig trekk å tørre å ta slike sjanser og klare å håndtere usikkerheten.

*«Det som jeg tenker kanskje er et av de modigste eller det modigste valget jeg har tatt er å si opp som xx (anonymisert) uten å ha en plan. For da hadde jeg ikke en plan, men jeg sa her kan ikke jeg være. Det er ganske sånn modig trekk. Det krever litt kraft og mot å bare slippe seg løs og ut. Der har jeg faktisk i min personlighet mulighet til å ta sjanser, å slippe meg litt ut uten at jeg vet hvor det ender.»*

Dette viser at disse kvinnene evner å stå i vanskelige situasjoner og ta vanskelige valg. Noen av de klarer det fordi de har en iboende trygghet eller selvsikkerhet som gjør at de takler sånne situasjoner, men viktigheten av sosial støtte må ikke undervurderes.

## **4 Diskusjon**

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan kvinnelige leger opplevde sin vei frem mot en topplederstilling, og hvilke faktorer de trakk frem som betydningsfulle. Jeg fant at tilfeldigheter og anmodninger fra andre var sentrale elementer i veien frem mot en topplederstilling. Kjønn opplevdes ikke som en betydningsfull faktor. Disse hovedfunnene diskuteres videre i dette avsnittet. De andre funnene brukes for å illustrere flere sider av hovedfunnene. Avslutningsvis diskuteres studiens metode, samt styrker og svakheter ved studien.

### **4.1 Resultatdiskusjon**

I dette materialet var det konsensus om at tilfeldigheter og anmodninger fra andre var avgjørende faktorer. Samtidig var det noe som hadde gjort deltakerne til aktuelle personer å rekruttere i utgangspunktet. Deltakerne fortalte at veien frem til topplederstillingen innebar ulike lederstillinger i klinikken, og dette hadde førte til situasjoner som gjorde deltakerne aktuelle. Det samme mønsteret er rapportert hos toppledere i det engelske helsevesenet (9). Denne erfaringen kan ses på som et springbrett for videre karriere innenfor ledelse og på den måten fungere som en aktivator. Har det betydning at helsevesenet har ledere med jobberfaring fra klinikken? Det er forskjell på rollen som kliniker og rollen som toppleder (32). En rapport viste at medisinstudiet er en av de utdanningene som koster samfunnet mest (33). Ville det ha vært mer samfunnsnyttig å utnytte deres medisinskfaglige kompetanse i en klinikkjobb? Som en av deltakerne i studien påpekte, må en leder kjenne organisasjonen hen skal lede godt for å lykkes. Kan det da tenkes at erfaringen fra klinikken gir klinikerer et fortrinn i lederstillinger, sammenlignet med en person uten klinisk bakgrunn? Noen studier

har vist at det er forskjell på om sykehus ledes av klinikere eller ikke (34). Flere studier støtter funnet om at det er en positiv korrelasjon mellom sykehusets prestasjon og leger i sykehusstyret (34). To studier undersøkte om leger som toppledere hadde betydning for sykehusets prestasjon, og fant at det var en sammenheng (34). Det kan også tenkes at disse legene trekkes mot allerede velfungerende sykehus, og konklusjonen var at det trengs mer forskning før en kan si at sykehus som ledes av leger presterer bedre enn sykehus som er ledet av personer uten helsefaglig bakgrunn (34).

En studie om leger og sykepleiere sine opplevelser av å bli klinikkledere i norsk helsevesen viser det samme som denne studien. Det kom frem at leger og sykepleiere i klinikklederstillinger ikke hadde ambisjoner om å bli klinikkledere, men ble overtalt av andre. Deltakerne spekulerte i om deres væremåte, som hos noen ble beskrevet som ansvarsfulle og frittalende, hadde dannet grunnlaget for at de ble rekruttert til stillingene (10). Dette står i kontrast til næringslivet. Der males et helt annet bilde av ledere, og det beskrives som en selvfølge at for å nå toppen må du ha et sterkt ønske om det (35). Hva er det som har motivert deltakerne i denne studien til en topplederstilling, hvis de ikke hadde et personlig ønske om å oppnå en slik stilling? Som en av deltakerne fortalte, så kan du lære deg å like noe du ikke visste du likte. Det er kanskje noe av forklaringen. Kunnskap og innsikt ble også tydeliggjort som motiverende faktorer. Sett i lys av mangelen på undervisning om ledelse på medisinstudiet er det vanskelig å skulle tenke at noen skal vite at de vil noe de ikke visste eksisterte i utgangspunktet. Det kan også være at den grunnleggende drivkraften kommer fra et ønske om å arbeide for et velfungerende og bra offentlig helsevesen, altså prosjektet i seg selv, heller enn posisjonen. Dette kan forstås som at drivkraften er forankret i en samvittighet knyttet til det å ta på seg et oppdrag på vegne av noen andre. Denne tilnærming kan ses uttrykt i utsagnet, *å jobbe for noe større enn seg selv*, i dette materialet. I så fall, hvordan spiller det seg ut? For noen kan makt, sosial status og økonomiske fordeler være drivkraften bak en lederposisjon, men det ble ikke trukket frem som motiverende faktorer hos deltakerne i denne studien. Oppmuntrende påvirkning fra kollegaer og fellesskap ble heller beskrevet som motiverende faktorer. Kan det faktum at deltakerne har et syn på denne lederjobben som et felles prosjekt bety at helsevesenet får mindre kyniske ledere enn andre typer virksomheter? Er ledere i helsevesenet i mindre grad opptatt av egen vinning og at de som individer skal være suksessrike, og dermed villige til å ofre personlig suksess til fordel for virksomhetens beste? Og i så fall, er dette en styrke for helsevesenet, eller trenger vi ledere med en

personorientert motivasjon og ambisjoner om å nå toppen for å klare å heve helsesektoren til et nytt nivå?

Anmodning fra andre kan også ses i sammenheng med faktoren selvkritikk. Kvinner undervurderer ofte sine egne evner (23, 36), noe som kan forklares av høy grad av selvkritikk. Selv om deltakerne i denne studien rapporterte om høy grad av selvkritikk hadde det likevel ikke opptrådt som en barriere for å nå en topplederstilling. Det kan tenkes at anmodning fra andre har spilt en vesentlig rolle i å overvinne denne frykten. Det at noen andre ser potensialet i deg og uttrykker at de ønsker å satse på deg kan utkonkurrere tvilen om at man ikke er god nok eller egnet nok. Sånn sett kan man si at oppfordring fra andre kan være et svar på hvordan man kan bryte denne barrieren.

Når det gjelder oppfordring fra andre og gode støttespillere som en betydningsfull motivasjonsfaktor, er ikke det unikt for dette materialet. Det er beskrevet som en betydningsfull faktor for ledere i flere ulike sektorer (37-40). Faktisk er det å anse som et grunnleggende behov for mennesker å få anerkjennelse fra andre. Anerkjennelse fra andre innebærer at et menneskes arbeidsinnsats og kunnskap blir verdsatt, at dets innsats oppfattes å være til beste for fellesskapet, og at det har sin helt spesielle plass å fylle i tilværelsen. I følge Maslows teori vil det å få anerkjennelse øke selvfølelsen (41). På den måten kan anerkjennelse fra andre bygge selvtillit, og høy grad av selvkritikk faller igjennom som en stopper for å avansere. Det kan ses på som et samspill hvor de to faktorer forsterker hverandre. Anerkjennelse fra andre forsterker selvfølelsen, og økt selvfølelse forsterker evnen til å kunne anerkjenne andre. Først da, med en sterk selvfølelse i bunn, kan man klare å bygge opp dem rundt seg. Dette er en egenskap som anses å være en forutsetning for å fungere i en topplederstilling.

Når behovet for anerkjennelse er tilstrekkelig dekket vil det i følge Maslows behovspyramide oppstå et nytt behov, nemlig behovet for selvrealisering (41). Dette er det høyeste behovet i pyramiden. Selv om en når dette nivået, er det ikke alle som realiserer seg selv, fordi dette krever mot. Det krever at en hele tiden tar risikoer, bryter med gamle tilvante mønstre og rutiner, våger å mislykkes og kaster seg ut i det ukjente (41). Dette er et personlighetstrekk som eksplisitt ble nevnt av en av deltakerne i denne studien, og kan være en indirekte betydningsfull faktor for at nettopp hun har nådd toppen.

Metaforen «glasstaket» beskriver en usynlig barriere hvor kvinner, etter et visst nivå, forhindres i å avansere til høyere lederstillinger (42). Denne barrieren er beskrevet som et aktuelt problem i flere sektorer, spesielt i USA (42, 43). I 2020 var 7 % av alle lederne i Fortune 500 firmaer kvinner, den høyeste andelen noensinne (44). En statistikk som kan være et uttrykk for dette «glasstaket». Det at deltakerne i denne studien ikke opplevde kjønn som en betydningsfull faktor, kan være et uttrykk for noe som er større enn de selv, nemlig omgivelsene de opererer under. Norge er blant de mest likestilte landene i hele verden (45). Det kan tenkes at kjønn ikke opplevdes som en betydningsfull faktor fordi de er vokst opp i og lever i et samfunn hvor det er aksept for å avvike fra tradisjonelle kjønnsstereotyper. Så kanskje spørsmålet ikke er hvordan kvinnene i denne studien har klart å bryte gjennom «glasstaket», fordi svaret kanskje er at det ikke eksisterer et slikt «glasstak» i norsk helsesektor. I Norge er elleve av lederne i de regionale helseforetakene (RHF) og helseforetakene (HF) kvinner (46-56), det utgjør en andel på 46 %. Denne statistikken viser at vi har en jevn kjønnsbalanse i topplederstillinger i norsk helsevesen, og bygge opp under tanken om at «glasstaket» ikke eksisterer i like stor grad i norsk helsevesen, sammenlignet med næringslivet i USA. Forklaringen kan også ligge i kvinnene selv, og deres individuelle faktorer. Som en av deltakerne påpekte, så kan det være at kjønn hennes har vært av betydning, men at hun selv ikke har sett det. Derfor har det ikke opplevdes som en ulempe eller en faktor av betydning, fordi de har ikke tillatt det den rollen. Det kan også være at når man først har nådd et visst nivå innenfor ledelse, så er ikke kjønn en betydningsfull faktor, fordi man vurderes ut fra sin kompetanse – man har allerede bevist overfor andre at man er egnet i kraft av å inneha stillingen, og kjønn blir en ubetydelig faktor.

## **4.2 Metodediskusjon**

### **4.2.1 Validitet**

Kvalitativ metode benyttes for å belyse menneskelige egenskaper som for eksempel erfaring. Metoden åpner opp for muligheten til å prøve å forstå snarere enn å rapportere (28). Sett i lys av denne oppgavens problemstilling, med formål om å forstå en erfaring, heller enn å teste en allerede eksisterende hypotese så anser jeg metoden jeg har valgt som relevant for problemstillingen. De funnene som er fremstilt i resultatavsnittet belyser forskjellige sider av komponenter som deltakerne rapporterte som betydningsfulle for veien frem til en topplederstilling. Jeg mener at disse funnene viser at studien har svart på det den ønsket å utforske. Deltakerne i studien representerer utvalget kvinnelige leger i topplederstillinger i

offentlig helsevesen i Norge, og av dette utvalget var fem av åtte personer inkludert i studien. Dette mener jeg styrker graden av gyldighet for det utvalget som er studert. I starten av prosessen kom det frem funn som var nytt for meg, men på slutten av prosessen var det få nye funn. Dette trenger ikke å bety at funnene var ny kunnskap, det kan også være fordi jeg ikke har satt meg godt nok inn i all allerede eksisterende teori på feltet.

Når man bruker kvalitativ metode er det uunngåelig at forskeren påvirker prosessen. Spørsmålet er derfor ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan (28). Analysen av materialet er utelukkende gjort av forskeren selv. Det har vært fordelaktig fordi det har gitt meg en unik læringssituasjon. Denne erfaringen vil gi meg tyngde til en eventuell neste forskningsprosess. Samtidig kan det være at jeg i mangel på innspill fra andre har oversett funn i materialet. Dette er første gangen jeg har brukt analysemetoden IPA, og jeg anses derfor som uerfaren. Det er derfor en risiko for at jeg kan ha oversett funn som en erfaren forsker ville klart å fange opp. Jeg har ingen filosofisk eller psykologisk teoretisk bakgrunn, og likeledes kan det derfor også være andre forståelser av materialet uten at jeg har klart å frembringe disse.

Funnene fra denne studien er gjeldende for kvinnene som har deltatt i denne studien. Oppgaven danner ikke grunnlag for å generalisere funnene til alle kvinnelige leger i topplederstilling. Det er heller ikke grunnlag for å si at funnene er unike for kvinner eller at deltakerne har svart det de har svart fordi de er kvinner. Det er kvinner som har opplevd veien frem til en topplederstilling på denne måten som er fremstilt i denne oppgaven, men det er ikke nødvendigvis i kraft av å være kvinne. Oppgaven danner ikke grunnlag for sammenligning mellom kvinner og menn.

#### **4.2.2 Refleksivitet**

Inn i intervjuene tok jeg med meg en forutinntatt antagelse om at toppledere var karrieredrevne, målbevisste mennesker med et grunnleggende ønske om å nå toppen. Jeg tror dette synet var formet gjennom måten ledere fremstilles i samfunnet, og bøker med oppskrifter på og personlige erfaringer om hvordan man kan nå toppen. Disse fremstillingene bygger opp under tanken om at dette er et iboende ønske og et mål man skal jobbe i mot. Det var derfor et overraskende funn at tilfeldighet og anmodning fra andre spilte en så stor rolle for deltakerne i denne studien. I forkant av intervjuene hadde jeg lest om hvordan familieliv og høy grad av selvkritikk var rapportert som barrierer for kvinner til å nå en lederstilling. I dette materialet ble disse elementene motbevist eller belyst fra en annen innfallsvinkel. Da

disse motforestillingerne dukket opp underveis i intervjuprosessen, utforsket jeg dem videre og inkluderte dem i oppgaven. Det at noen av mine funn sto i kontrast til min forutinntatthet anser jeg som en styrke, fordi det viser at jeg har vært åpen og mottagelig for at det fantes svar som ikke jeg selv hadde tenkt på. Jeg mener at dette viser at jeg ikke har søkt etter bekreftelse, men at jeg har hatt en åpen nok problemstilling, og en åpen nok holdning til å tillate at nye funn kunne komme frem. Jeg mener derfor at jeg har ivaretatt oppgavens refleksivitet på en god nok måte.

## **4.3 Styrker og svakheter**

### **4.3.1 Å avholde intervjuene over nett**

Tradisjonelt sett har fysiske intervjuer vært gullstandarden, fordi det representerer interaksjon i en naturlig situasjon hvor intervjueren kan observere deltakernes kroppsspråk og omgivelsene (57). Det kan derfor anses som en svakhet at det i denne studien ble avholdt videointervjuer. Spørsmålene var av personlig og sensitiv karakter, noe som krever tillitt mellom forsker og intervjudeltaker. Det kan tenkes at det ville vært enklere å oppnå dette hvis intervjuene hadde blitt gjennomført med de involverte i samme rom. Likevel delte alle deltakerne av sine personlige erfaringer også gjennom videointervjuet, og det er vanskelig å si om det er ting de har unnlatt å fortelle fordi kommunikasjonsformen var over nett. Tekniske utfordringer kan være en kilde til frustrasjon, og distraksjon fra intervjuets opprinnelige formål (57). Det var ingen tilfeller av tekniske problemer under intervjuprosessen i denne studien. Jeg antar at deltakerne var godt kjent med, og hadde mye erfaring med videokonferanser, spesielt etter en lengre periode i et samfunn preget av pandemi hvor den nye normalen var at fysiske møter ble byttet ut med digitale løsninger. Videointervjuer er en fordel fordi teknologien forenkler gjennomføringen praktisk og logistisk (57). Alternativet hadde vært å ikke få utført intervjuene grunnet økonomiske og smittevernsmessige hensyn. Derfor anses videointervju som et godt nok alternativ i denne sammenhengen.

### **4.3.2 Å sende ut intervjuguiden på forhånd**

Det er utradisjonelt å sende intervjuguiden til deltakerne i forkant av intervjuet. I dette tilfellet ble det gjort delvis som en refleks og uten så mye refleksjon, men også fordi jeg tenkte at det ville øke sannsynligheten for at deltakerne takket ja til å delta, fordi de da visste hva de gikk til. I tillegg ga det deltakerne tid til å tenke tilbake på hendelser som det kanskje ikke ville være så lett å komme på der og da. Jeg kan ikke se at det å sende ut intervjuguiden på forhånd har svekket oppgaven på noen måte.



### **4.3.3 Fremstilling av utvalget**

Det kan ses på som en svakhet at utvalget ikke er detaljert nok fremstilt. Eksempelvis er ikke stillingstittel, alder eller ansiennitet presentert i oppgaven. For leseren kan det være uklart hvem som faktisk er inkludert i studien, og det kan derfor oppleves som lite transparent. Men dette er tatt med hensyn på å bevare deltakernes lovede anonymitet. Årsaken til at deltakerne ble lovet anonymitet var at jeg ønsket å utforske personlige hendelser og høre fortellinger om historier av personlig karakter. Det var min vurdering at dette økte sannsynligheten for at deltakerne da ville fortelle om relevante hendelser, opplevelser og erfaringer. Når jeg vurderte de to forholdene opp mot hverandre anså jeg det som mest hensiktsmessig å bevare deltakernes anonymitet fremfor å fremstille utvalget detaljert nok til at de kunne bli indirekte identifisert.

## **5 Implikasjoner**

Når det gjelder funnet kunnskap og innsikt som motiverende faktor håper jeg at det kan støtte opp under tanken om at vi trenger systematisk ledelsesutdanning for leger. Dette fordi slik utdanning synes å virke motiverende i seg selv, og fordi det gir en mulighet til å introdusere ledelse som en mulig karrierevei. I tillegg vil lederutdanning kunne fungere som en aktiv rekrutteringsarena for ledertalenter, noe som kan anses som nødvendig sett i lys av funnet tilfeldighet.

Ett annet funn fra denne studien, nemlig anmodninger fra andre, avdekket hvor viktig det er med gode støttespillere og oppfordring fra andre for at leger skal ta på seg rollen som ledere. Jeg håper at oppgaven kan brukes til å bevisstgjøre enkeltindividers rolle som påvirkere, og anerkjenne at man har en slik påvirkningskraft. Hvis vi som yrkesgruppe ønsker leger i ledende stillinger i norsk helsesektor, oppfordrer jeg herved kollegaer til å ta på seg deler av ansvaret for å motivere og utdanne fremtidens legeledere.

## **6 Forslag til videre forskning**

En mulighet for fremtidige studier ville vært å utforske veien frem mot en topplederstilling i helsevesenet hos mannlige leger, for å undersøke om det var forskjeller eller likheter mellom kjønnene. Jeg var ikke i stand til å finne forskningsartikler som beskrev om ulike typer motivasjon for en topplederstilling var av betydning for hvordan organisasjonen presterte. Det ville vært interessant for fremtiden å utforske dette nærmere, da en slik type kunnskap ville vært nyttig i lederrekruttering.

## 7 Konklusjon

Formålet med denne studien var å utforske kvinnelige legers vei frem mot en topplederstilling, herunder hvilke faktorer som opplevdes betydningsfulle. Det kom frem av denne studien at flertallet av deltakerne sin karrierevei innebar en trappetrinnsprosess, hvor de startet som ledere i klinikken og klatret videre oppover derfra. Ingen av deltakerne i dette materialet anga at de fra tidlig alder av eller tidlig i karrieren hadde et ønske om å bli toppledere. Tilfeldigheter og anmodninger fra andre ble trukket frem som avgjørende faktorer på veien mot en topplederstilling. Kjønn opplevdes ikke som en betydningsfull faktor. Kunnskap og innsikt om ledelse, støttende kollegaer og følelsen av å jobbe for noe større enn seg selv ble også belyst som motiverende faktorer.

## 8 Referanseliste

1. Profesjonsstudiet i medisin 2012-studieplan Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2014 [cited 2020 26. april]. Available from: <https://uit.no/Content/401051/cache=20201203104912/Studieplan%202014-02-20%20.pdf>.
2. MHs Læringsmålsdatabase [Database]. Trondheim: Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet; [cited 2020 26. april]. Available from: <https://vev.medisin.ntnu.no/lmdb/qx/build/index.php>.
3. MED 3055 - Helseledelse: Universitetet i Oslo; [cited 2020 26. april]. Available from: <https://www.uio.no/studier/emner/medisin/med/MED3055/index.html>.
4. Storvik AG. Ny direktør ved Folkehelseinstituttet: Dagens medisin; 2012 [cited 2020 26. april]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2012/06/24/ny-direktor-ved-folkehelseinstituttet/>.
5. Storvik AG. Hun blir ny UNN-direktør: Dagens medisin; 2018 [cited 2020 26. april]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/23/hun-blir-ny-unn-direktor/>.
6. Moe M. Jeg vil være lagleder for helsetjenesten i Nord-Norge: Dagens Medisin; 2019 [cited 2021 31. mai]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/08/28/--jeg-vil-vare-lagleder-for-helsetjenesten-i-nord-norge/>.
7. Janbu T. [Need of physicians as leaders]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2010;130(23):2340-1.
8. Ingebrigtsen T. [Physicians who become hospital chief executives]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2010;130(20):2015.
9. Ham C, Clark J, Spurgeon P, Dickinson H, Armit K. Doctors who become chief executives in the NHS: from keen amateurs to skilled professionals. J R Soc Med. 2011;104(3):113-9.
10. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):421-.
11. Aakvaag PT. Hva er ledelse og hva er god lederutvikling? : HRM group; [cited 2020 26. april]. Available from: <https://hrmgroup.no/fagartikler/hva-er-ledelse/>.
12. Sander K. Ledelsesteoriens historiske utvikling 2019 [cited 2020 1. mai]. Available from: <https://estudie.no/ledelsesteoriens-historiske-utvikling/#>.
13. Teori X og teori Y (Douglas McGregor, 1960): Nybrodahl; [cited 2020 1. mai]. Available from: [http://www.nybrodahl.com/Kap6/Visdomsord/teori\\_x\\_og\\_y.htm](http://www.nybrodahl.com/Kap6/Visdomsord/teori_x_og_y.htm).
14. Mulder P. 5 Levels of Leadership by John Maxwell: Toolshero; 2017 [cited 2020 26. april]. Available from: <https://www.toolshero.com/leadership/5-levels-of-leadership-maxwell/>.
15. Robinson M, Procter J, Henry J. Are Leaders Born or Made? 2017. p. 615-20.
16. Sagberg I. Transformasjonsledelse: Store norske leksikon; 2021 [cited 2021 31. mai]. Available from: <https://snl.no/transformasjonsledelse>.
17. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinerutdanning, (2020).
18. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinerutdanning Kap. 4 Læringsutbytte for kompetanseområdet ledelse og systemforståelse, (2020).
19. Helselederskolen 2019: Den norske legeforening; 2019 [cited 2020 25. april]. Available from: <https://www.legeforeningen.no/politikk-og-samfunn/ledelse/aktuelle-saker/helselederskolen/>.
20. Thornton J. "Doctors need to step up"—why are there still so few medical chief executives in the NHS? BMJ. 2019;365:l4341.
21. Viitanen E, Konu A. Leadership style profiles of middle-level managers in social and health care. Leadership in health services (2007). 2009;22(2):108-20.

22. Lindahl AK, Killi M. [Woman and physician II. Real professional equality--why and how?]. Tidsskr Nor Laegeforen. 1984;104(10-11):717-20.
23. Bismark M, Morris J, Thomas L, al e. Reasons and remedies for under-representation of women in medical leadership roles: a qualitative study from Australia. BMJ Open. 2015;5:1-9.
24. Leger totalt i Norge og fordeling på kjønn: Den Norske Legeforening; 2020 [cited 2020 25. april]. Available from: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/om-leger-i-norge/>.
25. Engen ØB. 71 prosent kvinnelige medisinstudenter ved siste opptak: Dagens medisin; 2016 [cited 2020 25. april]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/14/mer-enn-70-prosent-kvinnelige-medisinstudenter-ved-siste-opptak/>.
26. Nickelsen T. Professorene ville nekte kvinner adgang til legestudiet: Apollon; 2019 [cited 2020 25. april]. Available from: <http://kjonnsforskning.no/nb/2019/11/professorene-ville-nekte-kvinner-adgang-til-legestudiet>.
27. Janbu T. [More women in the medical profession--a benefit?]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2000;120(1):85-7.
28. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
29. Willig C, Stainton Rogers W. The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology. London: London: SAGE Publications; 2017.
30. Smith JA, Osborn M. Interpretive Phenomenological Analysis. 2007. In: Qualitative Psychology [Internet]. SAGE Publications Ltd; [53 - 80].
31. Hovd S. fenomenologi [Web page]. snl.no: Store norske leksikon; 2020 [updated 10. juli 2020; cited 2021 2.mai]. Available from: <https://snl.no/fenomenologi>.
32. Falcone RE, Satiani B. Physician as Hospital Chief Executive Officer. Vasc Endovascular Surg. 2008;42(1):88-94.
33. Borgan Reiling R, Snåre M, Finnanger E, Rikter-Svendsen T, Bjørnstad S, Aamodt PO. Hva koster en student? En kostnadskartlegging av universiteter og høyskoler [Rapport]. Norway: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning; 2014 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/bitstream/handle/11250/273603/NIFURapport2014-52.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
34. Clay-Williams R, Ludlow K, Testa L, Li Z, Braithwaite J. Medical leadership, a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? BMJ Open. 2017;7(9):e014474-e.
35. Shekshnia S, Kravchenko K, Williams E. CEO School: Insights from 20 Global Business Leaders. Singapore: Singapore: Springer Singapore Pte. Limited; 2018.
36. Lorello GR, Cil T, Flexman AM. Women anesthesiologists' journeys to academic leadership: a constructivist grounded theory-inspired study. Can J Anaesth. 2020;67(9):1130-9.
37. George B, Gergen D. Discover your true north. Hoboken, New Jersey: Wiley; 2015.
38. Kvinner og toppledelse: Hvordan når man toppen? med Kristin Skogen Lund [Internet]: Econa. Podcast. Available from: <https://www.econa.no/podcast-kvinner-og-toppleidelse>
39. Cook SG. What Motivates Women to Become Higher Ed Leaders? Madison, Wis. :2010. p. 1-3.
40. Tindell C, Weller R, Kinnison T. Women in veterinary leadership positions: their motivations and enablers. Vet Rec. 2020;186(5):155-.
41. Tamm M, Andersen BG. Psykologi : innsikt og utsikt. 2. rev. utg., [bokmålutg.] revidert og utvidet av Bjørn-Gunnar Andersen. ed. Oslo: Universitetsforl.; 1995.

42. Oakley JG. Gender-Based Barriers to Senior Management Positions: Understanding the Scarcity of Female CEOs. *Journal of business ethics*. 2000;27(4):321-34.
43. Hutcherson FF. An In-depth Analysis of Female Homeland Security Executives in FEMA--Does the Proverbial Glass Ceiling Still Exist? : ProQuest Dissertations Publishing; 2019.
44. Hinchliffe E. The number of female CEOs in the Fortune 500 hits an all-time record [Internett]. USA: Fortune; 2020 [updated 18.05.20; cited 2021 26.mai]. Available from: <https://fortune.com/2020/05/18/women-ceos-fortune-500-2020/>.
45. FN. Likestilling - Indeks for skjevfordeling mellom kjønnene: FN; 2019 [updated 2019; cited 2021 25.mai]. Available from: <https://www.fn.no/Statistikk/gii-likestilling>.
46. Leiinga i Helse Vest: Helse Vest; 2020 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://helse-vest.no/om-oss/leinga-i-helse-vest>.
47. Ledelsen ved sjukehuset: Helse Stavanger Stavanger universitetssjukehus; 2021 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://helse-stavanger.no/om-oss/ledelsen-ved-sjukehuset>.
48. Om oss: St. Olavs hospital Universitetssykehuset i Trondheim; 2021 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://stolav.no/om-oss#ledelse>.
49. Her og Daae: Helse Nord; 2021 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://helse-nord.no/her-og-daae>.
50. Foretaksledelse: Helgelandssykehuset; 2021 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://helgelandssykehuset.no/om-oss/foretaksledelse>.
51. Foretaksledelsen: Finnmarkssykehuset; 2021 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://finnmarkssykehuset.no/kontakt-oss/foretaksledelsen>.
52. Ledelsen i Universitetssykehuset Nord-Norge: Universitetssykehuset Nord-Norge; 2021 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://unn.no/om-oss/ledelsen-i-universitetssykehuset-nord-norge>.
53. Ledelsen i Sykehuset Innlandet: Sykehuset Innlandet HF; 2021 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://sykehuset-innlandet.no/om-oss/ledelse>.
54. Ledelsen i Sykehuset Østfold: Sykehuset Østfold; 2021 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://sykehuset-ostfold.no/om-oss/ledelsen-i-sykehuset-ostfold#administrerende-direktor>.
55. Ledelsen: Sørlandet sykehus; 2020 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://sshf.no/om-oss/ledelsen>.
56. Foretaksledelsen: Vestre Viken; 2020 [cited 2021 30. mai]. Available from: <https://vestreviken.no/om-oss/foretaksledelsen>.
57. Irani E. The Use of Videoconferencing for Qualitative Interviewing: Opportunities, Challenges, and Considerations. *Clin Nurs Res*. 2019;28(1):3-8.

# Vedlegg 1 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Kvinnelige leger i topplederstillinger»?

#### *En kvalitativ studie av veien frem til en topplederstilling*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å **undersøke hvordan kvinnelige leger opplever sin vei mot en topplederstilling og hvilke livsbetingelser og vilkår de trekker frem som betydningsfulle.**

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med oppgaven er å undersøke **hvordan kvinnelige leger opplever sin vei mot en topplederstilling og hvilke livsbetingelser og vilkår de trekker frem som betydningsfulle.**

Herunder med fokus på

- Hvilke hendelser og forhold har vært betydningsfulle og motiverende for den topplederstilling de har i dag?
- Hvilke hindringer har de opplevd på veien? Personlige, sosiale eller kulturelle?
- Hvordan har etterutdanning, selvutvikling, utfordringer knytta til det å være kvinne, leder og medisiner hatt innflytelse på veien frem mot denne stillingen?

Dette er en masteroppgave på profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø.

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

UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet. Ved medisinstudent, Cecilie Løkken Wang, som ansvarlig student for prosjektet.

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

Denne oppgaven skal omhandle kvinnelige toppledere med medisin som utdanningsbakgrunn. Med toppledelse i denne sammenheng menes ledelse på et høyere nivå enn sykehusavdeling. Siden dette er

en masteroppgave ved profesjonsstudiet i medisin må også topplederjobben være i en helserelatert sektor. Utvalget vil bestå av 6 – 8 kvinner, hvor felles for alle er at de er utdannet leger og har en topplederstilling tilknyttet den norske helsesektoren. På bakgrunn av disse kriteriene anses du å være aktuell.

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

Dette er en kvalitativ studie, og metoden som vil bli benyttet for å innhente materiale er semistrukturert intervju. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du sier ja til å delta i et slik type intervju. Intervjuet inneholder spørsmål om

- Din opplevelse av medisinstudiet.
- Tiden etter medisinstudiet og frem til første lederstilling.
- Situasjoner og hendelser som har vært av betydning for den lederstillingen du nå har.
- Hvordan det er å være kvinnelig leder.
- utfordringer på veien frem til den stillingen du nå har.

Intervjuet vil foregå via Skype for Business, sett i lys av dagens smittesituasjon i samfunnet. Ved tilsagn om deltagelse, vil du få tilsendt en lenke til Skype for Business, som kan tilgås via nett. Du behøver altså ikke laste ned programvare. Intervjuet er beregnet å ta ca. 60 min. Det vil bli benyttet lydopptak under intervjuet (ikke videoopptak).

### **Det er frivillig å delta**

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

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun veileder og ansvarlig student som vil ha tilgang til opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data. Datamaterialet vil lagres på sikker plass på UiT server.

Det du bidrar med i intervjuet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner – sitater som inngår vil bli fremstilt uten personopplysninger og anonymisert.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes, noe som etter planen er sommeren 2021. Personopplysninger og opptak vil bli slettet etter godkjenning av oppgaven.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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

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

- UiT Norges arktiske universitet i Tromsø ved veileder Mette Bech Risør, [mette.bech@uit.no](mailto:mette.bech@uit.no) eller masterstudent Cecilie Løkken Wang, [lokkencecilie93@gmail.com](mailto:lokkencecilie93@gmail.com).
- Vårt personvernombud: Personvernombud ved UiT er Joakim Bakkevold, med kontaktinformasjon: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no), 776 46 322 eller 976 915 78.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personvertjenester@nsd.no](mailto:personvertjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen



**Mette Bech Risør**  
(Veileder)

**Cecilie Løkken Wang**  
(Ansvarlig student for oppgaven)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Kvinnelige leger i topplederstillinger, en kvalitativ studie av veien frem til en topplederstilling*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju.

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

---

**(Signert av prosjektdeltaker, dato)**

# Vedlegg 2 Intervjuguide

## Intervjuguide

*Intro:* Takk for at du tar deg tid til å svare på spørsmålene mine. Som nevnt i infoskrivet er jeg medisinstudent i Tromsø, og skriver masteroppgave om kvinnelige leger med en topplederstilling, og jeg skal utforske veien frem til en topplederstilling. Før vi starter vil jeg også bare nevne igjen at du vil være anonym, og alle personopplysninger vil bli anonymisert. Jeg har beregnet at dette vil ta ca. 30 - 60 min. Intervjuet er delt opp i tre hovedtematikker; Erfaringer, kjønn og utfordringer. Det er ikke noe rett eller galt svar, jeg ønsker å høre *dine* opplevelser og erfaringer.

### 1. Intro

*1.1 Vi kan starte med at du forteller litt om deg selv?*

- 1.1.1 Alder, jobb per d.d, bosted, hvor tok du medisinstudiet?
- 1.1.2 Kan du ta meg gjennom jobbene du har hatt siden du avsluttet medisinstudiet og frem til den stillingen du nå har?
- 1.1.3 Kan du trekke frem situasjoner eller opplevelser fra de jobbene du nå har fortalt om, som du tenker var betydningsfulle for karriereveien videre?

### 2. Erfaringer & opplevelser

*2.1 Hvordan vil du beskrive deg selv som person før medisinstudiet?*

- 2.1.1 Fortell gjerne om eventuell erfaring du hadde innenfor ledelse før du startet på medisinstudiet.
- 2.1.2 Annen utdanning/jobb før medisinstudiet, som var av betydning for at du nå har en lederjobb?
- 2.1.3 Aktiv i en organisasjon før medisinstudiet?

*2.2 Kan du fortelle om din opplevelse av medisinstudiet? / Hvordan vil du beskrive dine år på medisinstudiet sett i lys av der du er i dag?*

- 2.2.1.1 Hvordan så du deg selv under studiet, hvilken type student var du?
- 2.2.1 Var du aktiv i en organisasjon? Hvis ja, fortell gjerne om den opplevelsen.

2.2.2 Hvordan opplevde du ledelse som en komponent i studiet?

2.3 *Kan du fortelle om tiden etter at du var ferdigutdannet lege og frem til den stillingen du nå har?*

2.3.1 Etterutdanning, kurs, utdanning innenfor et annet felt, tillitsvalgt?

2.3.2 Kan du fortelle om din opplevelse av din første lederstilling?

2.3.3 Sett i lys av det du nå har fortalt om veien fra du var ferdigutdannet frem til den stillingen du har nå, kan du trekke frem eksempler på situasjoner som var betydningsfulle for at du nå har en lederstilling?

2.3.3.1 Relasjoner og opplevelser med tidligere ledere av betydning?

2.3.3.2 Arbeidsmiljø og kollegaer av betydning?

2.3.3.3 Motivasjon for øvrig, kan du si noe om hva som motiverte deg på veien? Tenkte du fra tidlig av at du ønsket en lederstilling? Hvordan utviklet det seg?

2.3.3.4 Overveielser om andre karriereveier? Hvorfor/hvorfor ikke?

2.3.3.5 Personlige?? Sosiale? Kulturelle?

2.3.3.6 Evt. personer? «Forbilder» eller noen som inspirerte/motiverte deg?

### 3. **Kjønn og personlighet**

3.1 *Er det noen egenskaper som er viktig å ha som leder, som du ønsker å trekke frem?*

3.1.1 Hvorfor tenker du at disse egenskapene er viktig?

3.1.2 Hvordan tror du man best tilegner seg disse egenskapene?

3.1.2.1 Hvordan var det i ditt tilfelle?

3.1.2.2 Hvordan har dine blitt utviklet?

3.1.2.3 På hvilken måte har disse egenskapene spilt en rolle for deg i din lederjobb?

3.2 *Kan du fortelle litt om det å være kvinnelig leder?*

3.2.1 Opplevelser med at det er en fordel eller utfordring?

- 3.2.2 Har du noen opplevelser med at kjønn er av betydning i jobben din?
- 3.2.3 Har du opplevd noen barrierer for å få en lederjobb knytta til det å være kvinne?
- 3.2.3.1 Noen studier har vist at familie er en barriere/grunn til at noen kvinner ikke avanserer og velger lederstilling. Hva tenker du om det i ditt tilfelle? Har du noen gang kjent på at du måtte velge mellom de to?
- 3.2.3.2 Et annet poeng som har kommet frem i tidligere forskning er ulik grad av selvkritikk hos menn og kvinner. Hvor menn typisk tenker at dette har jeg aldri gjort før, så det får jeg helt sikkert til, mens kvinner er mer selvkritiske til egen prestasjon. Hva tenker du når jeg sier det? Hva gjelder for deg?

#### **4. utfordringer**

- 4.1 *Er det noe av det du har nevnt til nå som har vært av spesiell/mest betydning/betydningsfull på veien frem til den stillingen du har i dag?*
- 4.2 *Hvis du tenker på den jobben du nå har, er det noen utfordringer i relasjon til kjønn som du ønsker å fortelle om?*
- 4.3 *Hvis du tenker på den jobben du har nå, er det noen utfordringer generelt i den type lederstillingen som du ønsker å trekke frem?*

#### **5. Avslutningsvis**

- 5.1 *Knytta til tematikken, er det noen andre ting som ikke er blitt nevnt hittil som du ønsker å dele?*

# Sammendrag av kunnskapsevaluering, GRADE CERQual

*Referanse:* 26. Ham C, Clark J, Spurgeon P, Dickinson H, Armit K. Doctors who become chief executives in the NHS: from keen amateurs to skilled professionals. J R Soc Med. 2011;104(3):113-9.

<b>Formål:</b> Å utforske legers erfaring av veien frem mot en topplederstilling (chief executives) i det engelske helsevesenet (NHS), herunder med fokus på å forstå deres karrierevei, og barrierer og tilretteleggende faktorer på veien.						
<b>Oppsummering</b>	<b>Metodologiske begrensninger</b>	<b>Sammenheng</b>	<b>Tilstrekkelighet</b>	<b>Relevans</b>	<b>CERQual vurdering av tillitt til funnene</b>	<b>Forklaring av CERQual vurderingen</b>
Karriereveien ble beskrevet som varierende, noen hadde erfaring fra lederstillinger i klinikken, mens et lite antall deltakere hadde jobberfaring fra universitet eller privat sektor. Flertallet av deltakerne beskrev erfaring fra arbeidslivet som mer verdifullt enn utdanning når det kom til det å lære seg å bli en leder. Flertallet måtte slutte å jobbe i klinikken da de ble toppledere, noe som medførte et skifte i deres yrkesidentitet. Det ble rapportert at en av fordelene med en slik stilling var muligheten til å påvirke på systemnivå. En ulempe var usikkerheten og uforutsigbarheten knytta til en slik stilling.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valg av metode fremstår som passende i forhold til studiens formål.</li> <li>- Kommer tydelig frem hvordan utvalget ble rekruttert.</li> <li>- Kommer tydelig frem hvordan dataen ble innhenta.</li> <li>- Kommer ikke frem hvordan dataen ble analysert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tydelig fremstilling av mønster og funn fra materialet.</li> <li>- Ikke inkludert sitater fra intervjuet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 22 deltakere var inkludert, og størrelsen på utvalget anses å være tilstrekkelig.</li> <li>- Studien beskriver hvordan deltakerne erfarte veien frem til topplederstillingen og det anses at studien svarer på hva den ønsker å undersøke tilstrekkelig godt nok.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvalget som er undersøkt er relevant ifht. formålet med studien, da det var ønskelig å undersøke legers erfaring av veien til en topplederstilling, og de som er inkludert i studien er leger som har eller jobber som toppledere i helsevesenet.</li> <li>- Oppfordring om å innføre en mer strukturert tilnærming i å lære opp leger til å bli ledere i helsevesenet, dermed tydelig beskrevet hva funnene fra studien kan brukes til.</li> </ul>	Høy tillitt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lav metodologisk begrensning.</li> <li>Moderate begrensninger ifht. sammenheng.</li> <li>Lav tilstrekkelighets begrensning.</li> <li>Lav relevans begrensning.</li> </ul>

Referanse:10. Spehar, I., Frich, J.C. & Kjekshus, L.E. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 12, 421 (2012). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-421>

<b>Formål:</b> Å utforske klinikernes vei frem mot lederstillinger i klinikken ved sykehus, for å kunne identifisere potensielle barrierer og pådrivere til lederrekruttering og lederutvikling.						
<b>Oppsummering</b>	<b>Metodologiske begrensninger</b>	<b>Sammenheng</b>	<b>Tilstrekkelighet</b>	<b>Relevans</b>	<b>CERQual vurdering av tillitt til funnene</b>	<b>Forklaring av CERQual vurderingen</b>
<p>Studien avdekket tre faser i deltakernes vei frem mot en klinikklederstilling: utvikling av bevisstgjøring rundt lederrollen, å ta på seg lederrollen og erfaringen av å gå inn i lederrollen. Studien viser at det er flere veier inn i en klinikklederstilling. Deltakerne hadde ikke sett for seg en karriere som ledere. De hadde blitt overtalt av andre til å ta stillingen. Det var en vanlig erfaring blant deltakerne at de opplevde å bli kastet inn i rollen uten å bli godt nok forberedt på det. De ble forlatt til seg selv, og måtte lære ledelse på veien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valg av metode fremstår som passende i forhold til studiens formål.</li> <li>- Kommer tydelig frem hvordan utvalget ble rekruttert.</li> <li>- Kommer tydelig frem hvem utvalget er, nemlig sykepleiere og leger i klinikklederroller i norsk helsevesen.</li> <li>- Kommer tydelig frem hvordan dataen ble innhenta.</li> <li>- Spesifisert hvilken analysemetode som ble brukt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tydelig fremstilling av mønster og funn fra materialet.</li> <li>- Sitater fra intervjueteksten er inkludert i studien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 deltakere fra medisinsk og kirurgisk avdeling, og både leger, sykepleiere og en deltaker med annen helsefaglig bakgrunn var inkludert, utvalgets størrelse og karakter anses å være tilstrekkelig.</li> <li>- Studien synes å svare på det den ønsket å undersøke.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utvalget som er undersøkt er relevant ifht. formålet med studien, da det er klinikere i en klinikklederjobb ved sykehus som er inkludert i studien.</li> <li>- Beskriver hva funnene kan lede til, nemlig for teoriutvikling og praktiske implikasjoner i form av at sykehus bør ha mer formelle veier inn i lederstillinger.</li> </ul>	Høy tillitt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lav metodologisk begrensning.</li> <li>Lav begrensninger ifht. sammenheng.</li> <li>Lav tilstrekkelighets begrensning.</li> <li>Lav relevans begrensning.</li> </ul>

