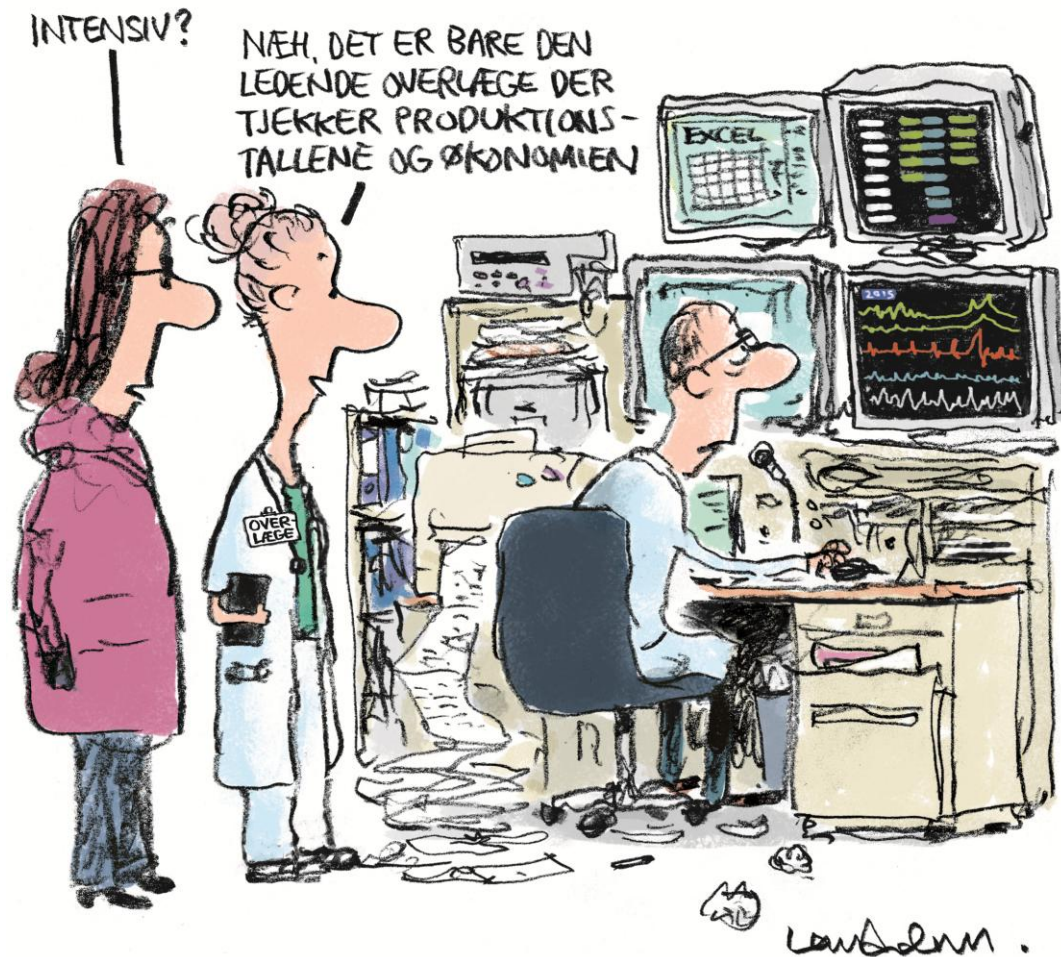


Master of Public Governance



At blive eller ikke blive – ledende overlæge

Lise Schleiss

Helle Mahler

December 2014

Vejleder Gunnar Gjelstrup

Abstract

The roles of head of department and consultant have changed along with the introduction of management actions into the Danish Hospitals taken primarily from New Public Management. Focus on operations and finances are being paid much more attention than before. There are many stakeholders who each have their legitimate right to claim that their particular interests are met, or that they at least be involved in decision making. During the same period of time recruitment problems have developed to fill the vacant positions of head of department.

Research has claimed, that the consultants are part of the problem because they refuse to accept the new ways of managing the hospitals and confront the head of department with their discontent. The head of department experiences to get his legitimacy in the medical group through his professional skills and much less through his general management profile.

In this paper we will look into how the consultants experience management from a legitimacy perspective. For this analysis we use theory by Mark Suchman. We will also study which parameters are considered to motivate the consultants to apply for the positions of head of department. Regarding this analysis we will use motivation theory by Richard Ryan and Edward Deci.

We have conducted two focus group interviews with consultants participating from two hospitals in the region of Copenhagen and Zealand. We were interested in their narratives and expected that a qualitative study approach would give the doctors the opportunity to reflect upon and refine their answers.

We find that the consultants primarily focus on the medical skills of the head of department as legitimacy rewarding. They cannot respect a manager who is not a doctor. The consultants recognize that there is a need for leadership and management and that the medical competences alone are not sufficient to lead a department. The consultants experience that the autonomy of the position of head of department is very limited and that the workload is heavy. Furthermore they do not find the tasks that lie within position interesting and therefore they are not motivated for applying for the positions.

We conclude that presently the position of head of department needs to be redefined. This implies that the consultants need to acknowledge that the position of head of department also includes operational and financial responsibilities besides medical issues.

They also have to understand their responsibility regarding implementation of new medical procedures, education etc. in respect of the economic and organizational situation.

However hospital managers need to understand the difficulties involved in the position of head of department and recognize their responsibility by being supportive and ensure that the tasks of the position are made attractive to potential applicants.

Indholdsfortegnelse

Abstract	1
Indledning.....	6
Problemfelt.....	8
Motivation og legitimitet.....	10
Problemformulering.....	13
Teori.....	14
Legitimitet.....	14
Operationalisering	18
Motivation	18
Operationalisering	20
Metode.....	21
Valg af respondenter	22
Interview.....	22
Interviewguide.....	24
Gennemførelse af interview.....	28
Bearbejdning af interview og transskribering	30
Refleksion over interview	30
Analysemetode.....	31
Undersøgelsens kvalitet	32
Analyse	32
Påstand nr. 1:.....	33
Delkonklusion.....	38
Påstand nr. 2:.....	39
Delkonklusion.....	42
Påstand nr.3:.....	43
Delkonklusion.....	49
Påstand 4:	51
Delkonklusion.....	58
Konklusion	59
Perspektivering.....	60

Litteraturliste.....	63
----------------------	----

Indledning

Traditionelt har ledelse som fag ikke været prioriteret i lægeverden indenfor hospitalssektoren. De enkelte afdelinger på hospitalerne var tidligere relativt små og styret af hver sin administrerende overlæge, hvor vedkommendes lægefaglige tyngde var afgørende for, hvem der blev udpeget til funktionen. I takt med ændringerne i styringen af hospitalerne siden 1980'erne til større opmærksomhed på drift og økonomi fremfor udelukkende faglighed, har der vist sig et behov for mere fokus på det generelle ledelsesmæssige aspekt. Det blev bl.a. markeret i 1999 med ændring af titlen fra administrerende til ledende overlæge¹. Sammenlægning af afdelinger til større enheder har ikke gjort ledelsesopgaven mindre kompleks.

Med årene er det blevet tiltagende sværere for de ledende overlæger at bevare en tilknytning til klinikken først og fremmest pga. stigningen i antallet af generelle ledelsesopgaver. Lægeforeningen har samtidig konstateret rekrutteringsproblemer til stillingerne, hvilket af flere betragtes som et problem². Over en 10-årig periode er antallet af overlæger steget med 50 % fra 4000 til 6000. Så det er ikke mangel på kandidater til de ledende overlægestillinger, der gør udslaget, for i samme periode er antallet af ledende overlæger faldet fra 500 til 350 pga. sammenlægninger af afdelinger. Det betyder også, at der antalsmæssigt er langt flere overlæger pr. afdeling end tidligere. 58 % af de ledende overlæger er ledere for afdelinger med over 100 medarbejdere ifølge en undersøgelse foretaget i 2013.³

Gennem en række tiltag forsøger Lægeforeningen at sætte fokus på rekrutteringsproblemet. Sidste år blev der afholdt en temadag om lægelig ledelse, og til de kommende overenskomstforhandlinger vil de ledende overlægers vilkår også indgå. Overlægeforeningen skriver i deres årsberetning for 2014 om problemet: *"Hvis ikke den udvikling ændres, er det*

¹ Ledende overlæger arbejdsvilkår. FAS, 2010

² Overlægeforeningens beretning 2014 og Ugeskrift for læger 23/2014, s. 2205

³ Jakobsen, Marianne Skytte. Ledende overlægers rolle, opgaver og ledelsesidentitet. Master FMOL, 2013. S. 44

bestyrelsens vurdering, at lægerne som helhed vil miste indflydelse på styringen og udviklingen af fremtidens sygehusvæsen”⁴.

I Ugeskrift for Læger nr. 23/2014 skriver Peder Jest, lægelig direktør på Odense Universitetshospital under overskriften: Klinisk ledelse kræver kliniske ledere: søg lederstillingerne: *”De ikke sundhedsprofessionelle ledere har brug for den kliniske og akademiske indgangsvinkel, som speciallægen kan levere”⁵.*

Diskussionen om, hvem der skal lede sygehusene er gennem årene jævnligt kommet op, og historisk er man gået fra et sygehus ledet af en cheflæge til et sygehus ledet af en kombination af personer med sundhedsfaglig baggrund og generelle ledere. På afdelingsniveau er det indtil videre de fagprofessionelle ledelser, bestående af læger og sygeplejersker, der dominerer. Spørgsmålet er, om andre end lægerne selv oplever det som et problem, at de ledende overlægestillinger ikke kan besættes? Men et er sikkert, hvis lægerne ikke selv formår at besætte stillingerne, vil andre faggrupper overtage ledelsesfunktionerne. I de tilfælde hvor det har været aktuelt, har det været sygeplejersker, som har varetaget den generelle ledelsesfunktion. Hvis lægerne ønsker en anden udvikling på ledelsesområdet bliver de nødt til at søge stillingerne og derigennem opnå mulighed for at bidrage til udviklingen.

Så set fra lægernes perspektiv vil de være bedst tjent med at sørge for, at stillingerne bliver besat, og derigennem have mulighed for at komme med et kvalificeret bidrag til udviklingen.

Forklaringer på manglen på ansøgere skal altså findes et andet sted end i antallet af potentielle kandidater, og buddene kan være flere. Arbejdsopgaverne kan ses som for mange og for uinteressante, råderummet for snævert både økonomisk og ledelsesmæssigt, lønnen for lav, nogle føler sig måske ikke tilstrækkeligt kompetente ledelsesmæssigt. Derudover bliver læger typisk nævnt som en udfordrende gruppe at lede. Som henholdsvis læge og sygeplejerske med ledelseserfaring kan vi nikke genkendende til disse faktorer.

Lægerne er derfor både en del af løsningen og en del af problemet set med vores øjne. Vi har derfor valgt at koncentrere os om overlægegruppen, både fordi det primært er blandt

⁴ Overlægeforeningens beretning 2014. S. 11

⁵ Jest, Peder. Ugeskrift for læger 23/2014, s. 2205

overlægerne, at man skal finde fremtidens ledende overlæger, og fordi overlægerne er en vigtig faktor for muligheden for udøvelse af ledelse i en afdeling. Som fagprofessionelle ser lægerne organisationen fra et andet perspektiv end det administrative personale i sygehusvæsenet⁶. Hvor lægerne traditionelt set primært har blik for det lægefaglige, forventes det, at den ledende overlæge har blik for både faglighed og administration. Overlægernes interesser er ikke altid sammenfaldende med den ledende overlæges, hvilket kan være en ledelsesmæssig udfordring for lederen. Har det krydspres den ledende overlæge kan befinde sig i indflydelse på overlægernes interesse for at søge stillingerne som ledende overlæge? Og hvordan ser de på ledelse? Vi har valgt at se nærmere på overlægernes forståelse og accept af ledelse ud fra et legitimitetsperspektiv samt deres interesse for ledelse ud fra et motivationsperspektiv.

Problemfelt

Den seneste undersøgelse om ikke-ledende lægers syn på ledelse er fra 2001 og er en interviewundersøgelse fra flere hospitalsafdelinger, hvor alle typer af læger indgik samt de ledende overlæger, refereret af Peter Kragh Jespersen⁷. I undersøgelsen fremgår det bl.a., at lægernes opfattelse af, hvad afdelingsledelserne prioriterer højest står i kontrast til, hvad de ledende overlæger giver udtryk for har højeste prioritet i afdelingen. Hvor lægerne tydeligt gav udtryk for, at lederne vægtede økonomistyring højest, var ledelsernes egen vurdering, at økonomistyring kom på en tredjeplads efter faglig og klinisk udvikling samt ledelse på tværs af faggrupper og specialer. Så i de to grupper var der forskellige opfattelser af, hvad henholdsvis de ledende overlæger mente, at de lagde vægt på og beskæftigede sig med sammenlignet med lægernes oplevelser. Det kan have indflydelse både på den ledende overlæges legitimitet set i et lægeperspektiv og lægernes motivation for selv at interessere sig for ledelse. Hvis lægerne samtidig har opfattelsen af, at den ledende overlæges job stort set kun handler om økonomistyring og produktion, er det heller ikke sikkert, at de føler sig motiverede for at søge mod den type stillinger.

⁶ Hildebrandt, Steen, Klausen, Kurt Klaudi og Nielsen, Steen Friberg. Sygehusledelse, 2003. S. 442

⁷ Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management – Ledelse i danske sygehuse, 2005

Et masterprojekt fra sidste år fra CBS med titlen "Er ledelse attraktivt for overlæger?"⁸ omhandlede legitimitet og motivation set fra de ledende overlægers perspektiv. Undersøgelsen viste, at der i gruppen af ledende overlæger primært blev skabt legitimitet via deltagelse i klinisk arbejde og ikke qua ledelseskompetencer.

Lægeuddannelsen indeholder meget begrænset undervisning i ledelse, og efter endt universitetsuddannelse tager det ca. 10-12 år at blive speciallæge, som figuren her illustrerer:

Speciallægeuddannelsen:

Medicin studie 6 år

Klinisk basis uddannelse 1 år

Introduktionsstilling 1 år

Uklassificerede stillinger af ½-1 års varighed x flere

Hoveduddannelse til speciallæge 4-5 år

Herefter er man speciallæge og kan søge stillinger som afdelings- og overlæge

Afdelingslæge 2-5 år

Overlæge

Det tager minimum 16-18 år at blive overlæge fra studiestart

Overlæger har stor ekspertise indenfor deres eget fagområde men ikke nødvendigvis nogen generelle ledelseskompetencer. Overlægerne kan derfor have svært ved at sætte sig i den ledende overlæges sted og forstå den ledelsesmæssige kontekst, som lederen befinder sig i der. Og hvis en overlæge skifter til en stilling som ledende overlæge, skal han til at beskæftige sig med arbejdsopgaver, hvor han vil være novice. Det vil for mange ikke være attraktivt holdt op imod den faglige anerkendelse, de er vant til at få fra omgivelserne.

Den ledende overlægerolle og overlægerollen har overordnet set ændret sig i takt med indførelse af styringstiltag hentet primært fra New Public Management, hvor fokus på drift og økonomi er kommet langt mere i centrum end tidligere. Der er mange interessenter, der hver har deres legitime ret til at gøre krav på, at netop deres interesser imødekommes, eller at de i

⁸ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013.

det mindste inddrages i beslutningsprocesserne. Den mangfoldighed af hensyn gør blandt andet, at styring af ressourcer og økonomi kommer til at udgøre en væsentlig udfordring for dem, der har ansvar for, at budget og produktion overholdes. Overlægegruppen oplever, at deres hverdag bliver styret af diverse registreringer og målinger, som er meget bureaukratiske, hvilket påvirker deres autonomi. Læger søger kontrol med arbejdsprocesser og organisering samt ledelse af eget arbejde⁹.

Motivation og legitimitet

Udsagn fra de deltagende læger i ovennævnte undersøgelser¹⁰ giver et billede af, at overlægegruppen har stor indflydelse på, hvordan den ledende overlæge opfatter sin legitimitet. De ledende overlæger oplever ofte, at overlægegruppen ikke forstår, hvad funktionen som ledende overlæge indebærer. Det oplever de som en stor udfordring for deres mulighed for udøvelse af ledelse. Den ledende overlæge oplever fortsat at få sin legitimitet i lægegruppen i kraft af sin faglige ledelsesprofil og i langt mindre grad i sin generelle ledelsesprofil.

Hvad der er legitimitetsgivende i en fagprofessionel verden er forskelligt fra det, som er legitimitetsgivende i en ledelsesverden. I den aktuelle kontekst forstået som den ledende overlæges opnåelse af legitimitet ud fra faglige egenskaber sammenlignet med generelle lederegenskaber jf. nedenstående figur¹¹.

⁹ Bendix, Henrik W m.fl. Hospitalsledelse – Organisatorisk fænomen og faglig disciplin, 2012. S. 79

¹⁰ Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management – Ledelse i danske sygehuse, 2005 og Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013

¹¹ Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management – Ledelse i danske sygehuse, 2005. S. 146

	Ledelsesverden	Den professionelle verden
Kilde til legitimitet	Hierarkisk betinget autoritet	Ekspertise og faglig viden
Mål	Økonomisk effektivitet	Faglig teknisk kompetence
Kontrolsystem	Via regler og lydighed	Via tillid og afhængighed
Hvem refereres der til	Overordnede i hierarkiet	Professionelle kolleger
Hvordan reguleres der	Gennem Hierarkiet	Kollegial selvjustits
Hvem tjener man	Organisationen	Patienterne

I gennem vores undersøgelse ønsker vi at afdække, om overlægerne kan genkende den opfattelse.

Vi har valgt en hermeneutisk tilgang og har derfor valgt at se på legitimitetsbegrebet ud fra Mark Suchmans forståelse¹². Han tager udgangspunkt i en bred definition af legitimitet, der indbefatter både evaluerende og kognitive aspekter. Derudover anerkendes eksplicit observatørernes rolle, i vores tilfælde overlægerne, som afgørende for organisationens legitimitet på et givent tidspunkt, i vores sammenhæng den ledende overlæge.

Overlægerne tilhører de fagprofessionelle, hvis identitet især tager afsæt i professionen. Helle Hein¹³ beskriver i sin motivationsteori om højt specialiserede kreative medarbejdere fire arketyper. Teorien spænder fra *stor villighed til at bringe ofre*, som er styret af ekstremt stærke værdier og idealer, til *lille villighed til at bringe ofre* som tænker i bidrags-belønnings balance. Overordnet set er læger motiverede og dedikerede til at behandle patienter.

At være motiveret betyder at flytte sig til at gøre noget. Det kan være af lyst eller på baggrund af belønning. Vi har valgt Ryan og Decis motivationsteori¹⁴, som skelner mellem indre (intrinsic) og ydre (extrinsic) motivation til at handle. For fagprofessionelle har følelsen af autonomi stor

¹² Suchman, Mark C. Management Legitimacy: Strategic And Institutional Approaches. Academy and Management Review 1995

¹³ Hein, Helle Hedegaard. Motivation – Motivationsteori og praktisk anvendelse, 2009. S. 197

¹⁴ Ryan, Richard og Deci Edward. Intrinsic and Extrinsic Motivation: Classic Definitions and New Directions.

betydning¹⁵. Ydre motivation kan være betinget af mere eller mindre autonomi og kan enten afspejle ekstern kontrol eller ægte selvbestemmelse, hvorimod indre motivation afspejler menneskets indbyggede trang til at lære og tilegne sig færdigheder. Ud over følelsen af selvbestemmelse, har personens følelse af at have de nødvendige kompetencer til handlingen og føle anerkendelse fra omgivelserne betydning for graden af motivation.

Masterprojektet "Er ledelse attraktivt for overlæger?"¹⁶ og FAS' kvalitative undersøgelse af ledende overlægers arbejdsvilkår¹⁷ beskriver fem punkter, som kan have betydning for, at stillingen som ledende overlæge bliver mere attraktiv.

- Anerkendelse af ledelse som fag:

I og med at de generelle ledelsesopgaver er øget over årene, har de ledende overlæger i stigende grad brug for at få legitimitet i lægegruppen på baggrund af deres ledelseskompetencer fremfor lægefaglige kompetencer.

- Større råderum opad i ledelsessystemet:

De ledende overlæger oplever begrænset ledelsesrum. De oplever ikke at få tildelt det nødvendige ledelsesrum fra deres ledelser til at kunne agere, som de skønner hensigtsmæssigt i anliggender, som vedrører deres afdeling. Samtidig skal de stå til ansvar for ledelsesbeslutninger, som de ikke har indflydelse på.¹⁸

- Ændring af arbejdsopgaver:

Den administrative arbejdsomængde beskrives som betydelig, hvilket bevirker, at de ledende overlæger ikke oplever at have tilstrækkelig tid til planlægning og udvikling. Derudover fylder personaleledelse for den enkelte ledende overlæge mere end tidligere affødt af de relativt store afdelinger, som er opstået på baggrund af sammenlægning af afdelinger. De ledende overlæger vil gerne deltage i klinisk arbejde men ser det ikke muligt under de nuværende betingelser. Ansættelse af akademiske medarbejdere er

¹⁵ Hein, Helle Hedegaard. Motivation – Motivationsteori og praktisk anvendelse, 2009. Kap. 9

¹⁶ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013

¹⁷ Ledende overlægers arbejdsvilkår. FAS, 2010

¹⁸ Ledende overlægers arbejdsvilkår. FAS, 2010

foreslået til varetagelse af en del af det administrative arbejde, så de ledende overlægers kompetencer kan udnyttes bedre.

- Forhøjelse af lønnen:

Lønnen er ikke fulgt med ansvaret og arbejdsmængden. Nogle ledende overlæger oplever at tjene mindre end de vagtbærende overlæger i afdelingen, hvilket ikke ses som motiverende for at søge stilling som ledende overlæge.¹⁹

- Mere lederuddannelse:

Lederuddannelse anses som et vigtigt element, og læger med ledelsesinteresse skal støttes og talentudvikles. Ud over formel lederuddannelse nævnes muligheden for mentorordning for nye ledende overlæger.

Ovenstående punkter er formuleret af de ledende overlæger, som havende betydning for den ledende overlæges motivation, men hvordan forholder overlægerne sig til disse udsagn som potentielle kommende ledere? Det ønsker vi at undersøge.

Legitimitet og motivation ser vi som forudsætninger for ledelse, hvorfor det er interessant at se på, hvordan overlægerne ser på rollen og funktionen som ledende overlæge. Det fører os videre til problemformuleringen.

Problemformulering

Med udgangspunkt i ovenstående problemfelt lyder vores problemformulering:

Hvordan ser overlægegruppen på den ledende overlæges rolle som leder ud fra et legitimitetsperspektiv, og hvilke faktorer har betydning for overlægernes motivation for at søge stillinger som ledende overlæge.

For at få belyst problemformuleringen har vi udarbejdet nogle underspørgsmål, som vil være styrende for vores interview guide:

- Hvilke egenskaber skal den ledende overlæge besidde?

¹⁹ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013. S. 68

- Hvilke ledelsesrum oplever overlægegruppen, at den ledende overlæge har?
- Hvordan forstår overlægegruppen den ledende overlæges ledelsesrolle?
- Hvad tænker overlægerne kan være årsager til den manglende interesse i at søge ledende stillinger?

Teori

Legitimitet

Studier af legitimitet i organisationer kan ofte spores tilbage til den tyske sociolog Max Weber og hans arbejder, som de fleste legitimitetsteorier udspringer fra. Weber indførte begreberne traditionel, legal og karismatisk autoritet, som hos Suchman kan overføres til henholdsvis den kognitive, den moralske og den pragmatiske legitimitet.²⁰ Weber bestemmer, at legitimitet af et givet forhold er et spørgsmål om observatørernes tro på legitimiteten heraf. Legitimitet bliver derfor til noget subjektivt og relativt, alt efter om observatørerne kan overbevises om dens berettigelse. Det der opfattes som legitimt i en sammenhæng vil muligvis ikke blive opfattet på samme måde i en anden sammenhæng, i det personer kan have forskellige opfattelser af, hvad der er legitimitetsgivende²¹. Som Kurt Klaudi Klausen skriver: *"Når afstanden mellem forventninger og den faktiske virkelighed bliver for stor, opstår frustration"*, og legitimiteten risikerer at forsvinde.

En udfordring for den ledende overlæge kan således være, at det som giver legitimitet opadtil dvs. i dette tilfælde sygehusledelsen, ikke nødvendigvis er det samme, som giver legitimitet nedadtil, dvs. i vores kontekst overlægerne, måske tværtimod, hvilket kan sætte den ledende overlæge i et dilemma. Vi har valgt at se på, hvad der giver den ledende overlæge legitimitet set fra overlægernes vinkel. Tidligere opnåede den ledende overlæge sin legitimitet i overlægegruppen gennem sin faglighed. Efterhånden som opgaverne for den ledende overlæge har ændret sig til at omhandle langt flere ledelses- og administrative opgaver end tidligere, skal legitimiteten nu også opnås på andre præmisser.

²⁰ De Jordy, Rich and Jones, Candace. Institutional Legitimacy, s. 682

²¹ Klausen, Kurt Klaudi. Offentlig Organisation, Strategi og ledelse, 1990. S. 76

Suchmans legitimitetstyper beskriver egentlig organisationers legitimitet, men vi mener, at de også kan overføres på individniveau. Suchmans definition bygger på handlinger indenfor socialt konstruerede systemer, og derfor vurderer vi, at de kan benyttes til at analysere vores problemstilling. Legitimitet er som udgangspunkt retfærdiggørelse af sin eksistensberettigelse. Hvis en organisation mangler legitimitet, er dens eksistensgrundlag truet.

Indenfor organisationsteorien beskriver Suchman to fremherskende tilgange til legitimitet, den strategiske og den institutionelle, som er to forskellige måder at se en organisations legitimitet på.

Førstnævnte beskæftiger sig med den type legitimitet, som organisationer selv kan påvirke og styre bevidst gennem deres ageren i forhold til omgivelserne, dvs. en operationel ressource.

Omvendt handler institutionel legitimitet, om hvordan omgivelserne opfatter organisationen, hvilket vil være afhængigt af kultur og normer på et givent tidspunkt.

Overordnet betragtet ligger forskellen i, hvilket perspektiv man vælger at tilgå organisationen med. Hvor man fra det strategiske perspektiv ser på organisationen fra ledelsens synsvinkel indefra og ud, ser man i det institutionelle perspektiv gennem omgivelsernes øjne på organisationen udefra og ind. Da organisationer er nødt til at forholde sig til både strategisk operationelle udfordringer og institutionelle grundlæggende overbevisninger vælger Suchman en midterposition i forhold til de to retninger skitseret ovenfor.

Med udgangspunkt i ny-institutionalismen har Suchman videreudviklet definitionen af legitimitet således:

“Legitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions”

I vores oversættelse har vi erstattet ”entity”, som egentlig oversættes med enhed, med person for at tilpasse den vores kontekst:

Legitimitet er en generaliseret opfattelse eller antagelse af, at en persons handlinger er ønskværdige, rigtige eller hensigtsmæssige indenfor nogle socialt konstruerede systemer af normer, værdier, overbevisninger og definitioner.

Som Holmström og Kjærbeck²² skriver, det er "*en bredt inkluderende definition, og hermed lurer faren for, at legitimitetsbegrebet rummer alt og dermed ingenting – men omvendt betyder den også, at vi med legitimitetsbegrebet bliver i stand til at rumme stor kompleksitet gennem de kategorier, vi bruger til at skabe mønstre og mening i kompleksiteten*". Hvis man erstatter organisationen med den ledende overlæge og observatørerne med overlægerne, vil definitionen kunne forstås på følgende måde. For Suchman indebærer *generaliseret*, at legitimitet repræsenterer en overordnet evaluering af den ledende overlæge, som er afhængig af hans historie af handlinger. Den ledende overlæge kan en gang imellem afvige fra, hvad der er socialt accepteret og stadig bevare legitimitet, fordi afvigelserne betragtes som enkeltstående. Så til en vis grad kan han hæve sig over enkeltstående negative hændelser, selvom de ofte ses at påvirke den overordnede opfattelse, om ikke andet så i en periode.

Legitimitet er en *opfattelse eller antagelse*, forstået på den måde, at den repræsenterer observatørernes, altså overlægernes, reaktion på den ledende overlæge, som de ser ham. Således betragtes legitimitet objektivt, selvom den skabes subjektivt. Den ledende overlæge kan afvige betydeligt fra socialt accepterede normer og stadig bevare legitimitet, hvis afvigelsen ikke bemærkes af overlægegruppen.

Legitimitet iagttages gennem *socialt konstrueret* optikker. Overlægerne fortolker den ledende overlæges adfærd på hver sin måde ud fra deres virkelighedsopfattelser. Legitimiteten er således afhængig af den til enhver tid fælles opfattelse, forstået på den måde, at hvad der er socialt acceptabelt på et tidspunkt eller i en kultur kan opfattes som værende socialt uacceptabelt på et andet tidspunkt eller i en anden kultur.

Suchman opererer som anført med 3 typer legitimitet, som baserer sig på hans definition, og som vi har valgt at analysere vores materiale ud fra. Hver type indeholder yderligere

²² Holmström, Susanne og Kjærbeck, Susanne. Legitimitet under forandring - Virksomheden i samfundet, 2013. S. 15

undergrupperinger, som vi har valgt ikke at skelne imellem, da vores metode ikke giver mulighed for at rubricere svarene så specifikt.

De tre typer sameksisterer i de fleste organisationer og repræsenterer ikke et egentlig hierarki.

Pragmatisk legitimitet tager udgangspunkt i beregningen af egeninteresse i forhold til organisationens nærmeste observatører, altså overlægegruppens egeninteresse i forhold til den ledende overlæge. Suchman betegner det henholdsvis udvekslingslegitimitet, indflydelseslegitimitet og dispositionslegitimitet. Pragmatisk legitimitet indbefatter således legitimitet, som opnås gennem bevilling af f.eks. privilegier eller frynsegoder, inddragelse i beslutningsprocesser eller, at den ledende overlæge repræsenterer nogle værdier eller holdninger, som overlægegruppen kan identificere sig med og tilslutte sig.

Moralsk legitimitet baserer sig på, om overlægerne vurderer, at den ledende overlæge gør det rigtige ud fra en normativ betragtning og ikke, om det nødvendigvis gavner dem. Den ledende overlæge bedømmes ud fra, om det produkt afdelingen leverer vurderes til gavn for samfundet, om det udføres på den bedste måde, om organiseringen er fornuftig, og om lederen er en, som de kan stå inde for.

Kognitiv legitimitet opnås ved en tagen-for-givet situation, som ses som nødvendig og selvfølgelig, hvor der ikke stilles spørgsmålstejn ved berettigelsen dvs. accept af den ledende overlæges ledelsesret både lægefagligt og administrativt. Den adskiller sig fra de to andre ved ikke at opnås gennem en egennyttig betragtning eller evaluering, men er indforstået og tages for givet. For at opnå kognitiv legitimitet skal den ledende overlæges ageren forstås og give mening for overlægerne.

De tre typer legitimitet adskiller sig fra hinanden ved, at den pragmatiske legitimitet bygger på egeninteresse, hvilket de to andre ikke gør. Pragmatisk og moralsk legitimitet baseres på løbende evaluering, hvorimod den kognitive ikke gør, da den som udgangspunkt tages for givet. Det betyder også, at pragmatisk legitimitet er lettere at opnå end moralsk, og kognitiv er sværest men også den mest robuste, magtfulde og upåvirkelige, når først den er etableret, hvorimod de to andre løbende bliver udfordret.

Operationalisering

Ud fra vor for forståelse med erfaring fra sygehusvæsenet har vi nogle forestillinger om, hvad der kan være ledelsesmæssigt legitimitetsgivende for den ledende overlæge set fra overlægernes perspektiv. På den baggrund har vi udfærdiget nogle påstande, som vi ønsker overlægerne skal forholde sig til, og som kan give os en forståelse af, hvad de ser som betydningsfuldt i relation til ledelseslegitimitet. Dette vil blive beskrevet nærmere i metodeafsnittet.

Motivation

Overlægegruppen beskrives ofte som en gruppe der arbejder med en vis form for autonomi, hvor der skal være høj grad af selv- og medbestemmelse. Samtidig er der fokus på faglighed og kvalifikationer, som medvirker til at udføre arbejdsopgaver på en kompetent måde. De faglige netværk dyrkes og gennem disse skabes der relationer til kollegaer både i egen organisation og på tværs af organisationer. Det som motiverer overlægegruppen, autonomi, kompetence og relationer er kernebegreber i motivationsteorien beskrevet af Ryan og Deci, derfor har vi valgt at anvende denne teori til at analysere vores problemstilling.

Der har i mange år været forsket i motivation, og personer motiveres på mange forskellige måder. Motivation er i Ryan og Decis forståelse i høj grad et spørgsmål om indre processer, forstået på den måde, at det som motiverer en person ikke nødvendigvis motiverer en anden.

De første motivationsteorier tog udgangspunkt i behaviorisme med studier af dyreadfærd, dernæst behovsteorier og til dels rimelighedsteorier og kontekstteorier²³. I de senere år har der i højere grad været fokus på menneskets kognitive evner, som at tænke og reflektere og forholde sig til, hvad der motiverer. Vi har valgt at tage udgangspunkt i kognitiv teori hvor Edward L. Deci udtaler²⁴ "A cognitive approach to motivation places primary emphasis on a person's thought processes. It assumes that people decide what to do on the basis of their evaluations of the likely outcome and their behavioral alternatives."

²³ Christensen, Peter Holdt. Motivation i videnarbejde, 2007. S.62

²⁴ Christensen, Peter Holdt. Motivation i videnarbejde, 2007. S.96

Ryan og Deci²⁵ beskriver den indre og ydre motivation i deres Self-Determination Theory (SDT) med en overbygning af Cognitive Evaluation Theory (CET). Det kan være fysisk udfoldelse eller udfordring af ens kompetencer, hvor der ikke indgår en udefrakommende belønning. Der er tale om psykologiske behov som kompetence, autonomi og relationer. Ryan og Deci beskriver en taksonomi af human motivation, som inddeles i indre motivation og ydre motivation.

Den indre motivation eksisterer i sammenhæng mellem personer og opgaver. Deres tilgang er primært psykologiske behov, de medfødte behov for kompetence, autonomi og relationer samt de basale behov i en engageret interessant aktivitet.

Cognitive Evaluation Theory (CET)²⁶ bliver betragtet som en subteori til Self-Determination Theory og argumenterer for, at interpersonelle begivenheder og strukturer f.eks. belønning, kommunikation og feedback, bidrager til en følelse af kompetence. Det forbedrer den indre motivation, da det tillader tilfredsstillelse af de basale behov for kompetence. Derfor er optimale udfordringer, fremmende feedback og fravær af nedgørende tilbagemeldinger medvirkende til at facilitere indre motivation. Desuden vil følelsen af kompetence ikke fremme indre motivation, medmindre den er ledsaget af en følelse af autonomi.

Ryan og Deci beskriver at ydre belønninger kan underminere den indre motivation. Næsten alle typer af forventede belønninger, der er gjort betinget af opgaveløsning, underminerer den indre motivation. Ikke kun konkret belønning men også trusler, deadlines, direktiver og konkurrencepres mindsker indre motivation, da det opleves som kontrol af ens handlinger. Giver der mulighed for valg og indflydelse forbedrer det den indre motivation, da det giver følelse af autonomi.

Ryan og Deci opdeler den ydre motivation i fire underformer som beskriver, hvordan man kan være ydre motiveret på flere niveauer. Vi har i denne opgave ikke mulighed for at inddеле de enkelte respondenter inden for undergrupperne af ydre motivation, og derfor er denne del af teorien ikke beskrevet.

Det er ikke muligt at være indre motiveret altid, hvilket giver anledning til at være opmærksom på de faktorer, der påvirker de forskellige niveauer af ydre motivation. Internalisering, som

²⁵ Ryan, Richard and Deci, Edward: Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions, 2000

²⁶ Ryan, Richard and Deci, Edward. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions, 2000

handler om at knytte an til andres tanker og holdninger, gør, at der over tid kan opnås accept og følgeskab til organisationens værdier og mål, dvs. de integreres som ens egne. Derved opnås der en ydre motivation, som ligger tæt på den indre motivation. Opnås der integration bliver personen mere motiveret for opgaven, hvilket bevirker et større engagement og en positiv selvopfattelse. Opleves der følelse af sammenhold og tilknytning til en gruppe eller formidling af et kulturelt mål, skabes der samhørighed, som fremmer motivation. Det er ligeledes af betydning at opleve sig kompetent til at udføre opgaven. Er opgaven forstået, og er der evner til at udføre den, kan den opfattes som eget mål. Samtidig skal der ikke opleves kontrol, da det underminerer følelsen af autonomi, som er en væsentlig faktor for at opnå integration. Samlet set skal der opleves kompetence, relationer og autonomi for at internalisere integration. Kan disse faktorer imødekommes, vil det give mulighed for at skabe motivation, som bidrager til, at organisationen løfter de opgaver, som skal udføres. I relation til vores undersøgelse tolker vi begreberne således:

Kompetence: Oplever overlægerne sig kompetente til at varetage de arbejdsopgaver, som de forestiller sig ligger i funktionsbeskrivelsen for en ledende overlæge. Personaleledelse, udvikling af afdelingen både fagligt og strategisk samt varetagelse af de administrative opgaver, der er en del af ledelsesopgaven.

Autonomi: Oplever overlægerne, at de ledende overlæger har et råderum, som giver mulighed for at foretage prioriteringer i de enkelte afdelinger, og har de mulighed for egen udvikling inden for deres lægefaglige felt eller på det ledelsesmæssige plan.

Relationer: Oplever overlægerne, at den ledende overlæge bliver anerkendt af sygehusledelsen, samarbejdspartnere eller af overlægegruppen. Er der som leder mulighed for at bevare det kollegiale sammenhold som en del holdet.

Operationalisering

Det er forskelligt, hvilke faktorer der påvirker de enkelte personer og derfor vanskeligt at undersøge ydre og indre motivation. Ryan og Deci beskriver tre vigtige forhold, der skal imødekommes, for at der kan tales om indre motivation. Det er oplevelsen af autonomi, at være kompetent og have relationer. Om overlægerne er indre eller ydre motiveret, kan vi ikke bedømme, men vi kan via spørgeguiden spørge ind til deres oplevelse af autonomi,

kompetencer og relationer, vel vidende at alle tre skal være opfyldt, hvis der er tale om indre motivation.

Metode

I dette afsnit beskriver vi de metoder, der anvendes til at indsamling af empiri for at belyse vores problemformulering:

Hvordan ser overlægegruppen på den ledende overlæges rolle som leder ud fra et legitimitetsperspektiv, og hvilke faktorer har betydning for overlægernes motivation for at søge stillinger som ledende overlæge.

Vi har valgt at gennemføre to semi-strukturerede fokusgruppeinterview^{27,28} med overlæger på to forskellige sygehuse.

Vi har valgt en hermeneutisk tilgang med et forstående perspektiv. Gennem den forstående tilgang vil vi forstå og fortolke de fænomener, som allerede er fortolkninger, dvs. personernes fortolkninger og forståelse af sig selv og den verden, der omgiver dem. Den viden, vi søger om fænomenet, vil ofte være baseret helt eller delvist på de udforskede personers perspektiv. Det betyder, at de udforskede personers subjektivitet indgår som en væsentlig del af empirien. Vi er bevidste om, at vores fortolkning vil være påvirket af vores forforståelse men vil gennem interviewet forsøge at leve os ind i de interviewedes forforståelse. Den producerede viden er kontekstafhængig, relationel og potentielt foranderlig²⁹. Vi søger at afdække overlægernes meninger, motiver og intentioner gennem deres historier i den specifikke kontekst. Samtidig giver vi mulighed for, at overlægerne indbyrdes kan spørge og udforske kollegaernes udtalelser. Vi har mulighed for at stille uddybende spørgsmål, der kan medvirke til at afdække meninger og intentioner og derved få belyst vores problemformulering.

Interviewguiden er udarbejdet på baggrund af de 5 beskrevne punkter nævnt i indledningen (side 10) med et legitimitets- og motivationsperspektiv hentet fra vores valgte teori. Det er en

²⁷ Rieper, Olaf. Gruppeinterview I praksis – brug af fokusgruppeinterview i evalueringsforskning, 1993

²⁸ Kvale, Steiner og Brikmann, Svend. InterView Introduktion til et håndværk, 2008

²⁹ Launsø, Laila, Olsen, Leif og Rieper, Olaf. Forskning om og med mennesker, 2011. S. 23

åben interviewguide (bilag D), der giver mulighed for at forfølge nye vinkler på problemstillingen undervejs i interviewet.

Der bliver anvendt Ipad til lydoptagelse af interviewene, og interviewene bliver efterfølgende transskriberet.

Vi har i interviewguiden og analysen kombineret en induktiv og deduktiv tilgang ved at tage udgangspunkt i både empiri og teori.

Valg af respondenter

Overlægerne er valgt, da de er de primære kandidater til de ledende overlægestillinger og har indflydelse på en afdeling i kraft af deres funktion, som indeholder et ledelsesansvar.

Vi kunne have valgt alle læger eller afdelingslæger og overlæger, men overlægerne hører under Overlægeforeningen (Foreningen af Speciallæger), og afdelingslæger hører under Yngre Læger. I forhold til, at Overlægeforeningen har sat fokus på problemet, er det denne gruppe, som er valgt. Vi ønskede ikke, at overlæger med en fortid som ledende overlæge skulle deltage, da vi er interesserede i overlægernes perspektiv. Vi vurderede, at overlæger med en lederfortid ville have en påvirket forforståelse i forhold til problemstillingen.

Interview

Vi har valgt fokusgruppeinterview, da vi har en formodning om nogle bestemte fortællinger i overlægegruppen, som eventuelt vil komme frem ved denne form for interview, og som muligvis ikke ville komme til udtryk i enkeltpersonsinterview. Da vores tilgang er hermeneutisk, er der valgt kvalitativ metode fremfor kvantitativ. Vi er interesserede i overlægernes fortællinger og forventer, at en kvalitativ metode vil give overlægerne mulighed for at reflektere over og nuancere deres svar. Vi har valgt at gennemføre interviewene med en semi-struktureret tilgang med løs struktur, da vi vurderer, at en stram styring vil virke hæmmende på overlægerne, og dialogen dermed ikke bliver så fri, som vi ønsker.

Vi har valgt to fokusgrupper med 6-8 deltagere i en forventning om dynamik i gruppen. Vi har valgt et sygehus i Region Hovedstaden og et sygehus i Region Sjælland. Dette valg er truffet, da der muligvis vil kunne vise sig geografiske forskelle. Hvis der viser sig at være

bemærkelsesværdige forskelle i udsagnene de to steder, vil vi dog ikke kunne sige, om forskellen skyldes region eller ledelsesstil.

Af tidsmæssige årsager har vi kun valgt to fokusgrupper. Der er indhentet tilladelse til at foretage fokusgruppeinterview fra sygehusledelserne på begge sygehuse.

Herefter er der søgt i mailadresser på sygehusenes intranet med søgekriterierne ”overlæge” og ”sygehus (by-navn)”. Der er sendt invitation³⁰ ud via mail til samtlige navne på de to lister med opfordring til at melde sig som deltager til et to-timers fokusgruppe interview om læger og ledelse. Vi har valgt at ekskludere personer, som vi på forhånd vidste, at vi kender, da vi gerne vil forhindre uhensigtsmæssig positionering som følge af personlige relationer. Der blev sendt 450 mails i alt, ud af disse vil nogle personer være rejst og andre have en anden stilling f.eks. afdelingslæge. Der var på sygehuset i Region Sjælland 77 personer, som havde læst mailen, og 18 responderede. I Region Hovedstaden havde 113 personer læst mailen, og 12 responderede.

Fokusgruppers produktion af viden afhænger blandt andet af respondenternes sociale interaktion med hinanden. Det betyder i praksis, at fokusgruppen som hovedregel ikke bør være alt for homogen, for så kan man risikere, at der ikke kommer nok interesse i interaktionen. Samtidig bør de heller ikke være for heterogene, da man risikerer, at der opstår for mange konflikter eller, at respondenterne har vanskeligt ved at relatere sig til hinanden³¹. Af de personer som meldte sig, blev alle opdelt efter køn, alder (undersøgt via Sundhedsstyrelsens autorisationsregister) og afdeling. Vores ønske har været, at alle deltagere skulle være fra forskellige afdelinger for så vidt mulig at undgå, at deltagerne kendte hinanden nærmere, hvilket eventuelt kunne påvirke deres udtalelser i forbindelse med interviewet. Vi har tilstræbt en ligelig alders- og kønsfordeling.

Helle skulle lede interviewet, da hun ikke er lægeuddannet og derved ikke, på samme måde som Lise, en del af kulturen, men har et tæt samarbejde med lægegruppen. Lise skulle fungere som mødeleder og observatør og kunne stille supplerende spørgsmål. Det har vi valgt for at begrænse den lægefaglige positionering i forhold til overlægegruppen og den indforståethed, der kunne opstå.

³⁰ Bilag C

³¹ Halkier, Bente. Fokusgrupper - Hvorfor dog vælge fokusgrupper? Kvalitative metoder, 2010. Kap. 5

Interviewguide

Der er afsat 2 timer til hvert fokusgruppe interview, og der er taget udgangspunkt i underspørgsmålene til vores problemformulering. Underspørgsmålene omhandler den ledende overlæges egenskaber, vedkommendes ledelsesrum, overlægernes forståelse for ledelse, og hvad der eventuelt kan motivere overlægerne til at søge en ledende overlægestilling. De tre første spørgsmål knytter an til legitimitet og det sidste til motivation. De enkelte påstande er genereret efter at have læst masterprojektet "Er ledelse attraktivt for overlæger?"³².

Hvert underspørgsmål er omformuleret til en påstand. Udsagnene i påstandene er bevidst valgt ud fra en forventning om, at overlægerne muligvis vil have en anden holdning end de ledende overlæger, som indgik i ovenstående masterprojekt. Vi har i interviewguiden indsat vores forventede svar, da det efterfølgende vil give mulighed for at synliggøre, om vi er blevet overraskede over svarene. For at initiere en diskussion i interviewgruppen, har vi valgt en lidt provokerende formulering. I interviewet bliver deltagerne præsenteret for én påstand ad gangen. Vi har valgt at begynde med den påstand, vi vurderer som mindst provokerende. Til diskussion af hver påstand afsættes ca. 25 minutter, og vi vil styre det således, at vi sikrer, at alle kommer til orde. Vi vil ikke bestemme, hvor meget eller hvor længe den enkelte taler med mindre, der er meget dominerende respondenter tilstede.

Problemformulering:

Hvordan ser overlægegruppen på den ledende overlæges rolle som leder set ud fra et legitimitetsperspektiv, og hvilke faktorer har betydning for overlægernes motivation for at søge stillinger som ledende overlæge.

³² Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013

Teori	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål	Forventet svar
Suchman, M: Alle tre legitimitetstyper, pragmatisk, moralsk og kognitiv er i spil. Der er en selvinteresse, opleves det at den ledende overlæge varetager deres interesser overordnet set. Opleves han som tillidsvækkende og retfærdig. Gør han det mulig at levere et godt produkt til samfundet og gøres tingende på den rigtige måde. Opleves han karismatisk. Opleves det, at det han gør, giver mening, og er han en autoritet, der har ledelsesretten.	Hvilke egenskaber skal den ledende overlæge besidde?	Den ledende overlæges vigtigste rolle er at være "primus inter pares" Svar muligheder: Helt enig Enig Uenig Helt uenig	Uenige Vi forventer, at overlægerne har flyttet sig i deres forståelse på det område. Overlægerne vil give udtryk for, at den ledende overlæge skal være fagligt kvalificeret men ikke nødvendigvis den dygtigste. Han skal have fokus på forskning og udvikling. Han skal skabe rammer og ressourcerne som tilgodeser forskning, uddannelse og udvikling. Der skal være mulighed for betalt efteruddannelse.

Teori	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål	Forventet svar
Suchman, M: De tre legitimitetstyper: Pragmatisk, moralsk og kognitiv legitimitet.	Hvilke ledelsesrum oplever overlægegruppen, at den ledende overlæge har?	Den ledende overlæge bør også deltage i klinikken. Svar muligheder: Helt enig Enig Uenig Helt uenig	Enige Overlægerne vil give udtryk for: Den led. overlæge skal have føling med det kliniske arbejde, og det får han gennem klinisk arbejde. Klinisk arbejde giver anerkendelse i overlægegruppen. Den ledende overlæge signalerer samtidig respekt for fagligheden, og derved opnås legitimitet.

Teori	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål	Forventet svar
Suchman, M: De tre legitimitetstyper: Pragmatisk, moralsk	Hvordan forstår overlægegruppen den ledende overlæges ledelsesrolle?	Overlægegruppen mangler forståelse for den ledende overlæges rolle som	Uenige Overlægerne vil mene, at de har

og kognitiv legitimitet.		leder Svar muligheder: Helt enig Enig Uenig Helt uenig	ledelsesforståelse. De skal sikre høj faglighed og forventer indflydelse. De har en faglig stolthed og ønsker tilfredse patienter. Hvis andre mener, at de ikke har ledelsesforståelse, er det fordi, de ikke bliver inddraget og informeret tilstrækkeligt. De er ikke enige i de generelle ledelsesopgaver, som ligger i funktionen som ledende overlæge.
--------------------------	--	--	---

Teori	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål	Forventet svar
Ryan, R og Deci, E Der er tre faktorer som har betydning	Hvad tænker overlægerne kan være årsager til den manglende interesse i	Det fineste man kan opnå, som overlæge, er at blive ledende overlæge.	Uenige Overlægerne vil give udtryk for:

for at opleve sig motiveret til opgaven. Der skal være en følelse af at opleve sig kompetent samtidig med en oplevet autonomi. De relationelle faktorer som anerkendelse og at være en del af et fællesskab, har også betydning.	at søge ledende stillinger?	Svar muligheder: Helt enig Enig Uenig Helt uenig Supplerende spørgsmål: Hvad tænker I, der skal til, for at få flere overlæger til at søge stillingerne som ledende overlæge.	De forstår ikke, hvorfor der er nogen, der gider al det bøvl. Man bliver lus mellem to negle, sygehusledelsen og medarbejderne. Det fineste, man kan blive, er ekspert på det lægefaglige område.
--	-----------------------------	---	---

Gennemførelse af interview

Der kom en del afbud fra de respondenter, som primært havde givet tilsagn om at deltage. Det bevirkede, at vi måtte gå på kompromis med hensyn til, at overlægerne ikke skulle komme fra samme afdeling. Derfor deltog der overlæger fra samme afdeling. Vi oplevede ikke, at det gav problemer i forhold til svarlyst.

På grund af afbud blev sammensætningen ikke så stringent, som vi havde ønsket. På sygehuset i Region Sjælland deltog 1 kvinde og 3 mænd i alderen 40-65 år. På sygehuset i Region Hovedstaden deltog 5 kvinder og 4 mænd i alderen 42-70 år. Der var forud for interviewet givet tilsagn om anonymitet.

Ved fokusgruppeinterviewet på sygehuset i Region Sjælland, skulle 6 respondenter deltage. Interviewet foregik på et mindre kontor med et bord, hvor der var plads til 6 personer, så vi satte en ekstra stol ind, så der blev 7 pladser. Umiddelbart inden interviewet modtog vi et afbud, og en respondent dukkede ikke op, så interviewet blev gennemført med 4 respondenter og to interviewere. To af respondenterne kom fra samme afdeling. Pga. den relativt lille gruppe

og den trange plads medførte det, at respondenterne kiggede mest på os og mindre på hinanden, når de talte, hvilket bevirkede, at vi nærmest blev en del af gruppen. Inden starten på interviewet havde vi ikke tydeligt fået formuleret, at respondenterne skulle indgå i indbyrdes dialog. Derved blev dialogen de enkelte respondenter imellem mindre end planlagt. Det bevirkede, at vi stillede flere uddybende spørgsmål end oprindeligt planlagt. Der var en behagelig og afslappet stemning. Vi oplevede, at respondenterne udtalte sig med respekt for hinanden, der var ingen, der dominerede.

Fokusgruppeinterviewet på sygehuset i Region Hovedstaden foregik i et mødelokale med et aflangt bord med plads til 12 personer. Det bevirkede, at vi kunne trække os lidt tilbage i den ene ende af bordet og dermed fysisk tilkendegive, at vi ikke var en del af gruppen.

Da vi få dage inden interviewet manglede at få endelig tilbagemelding fra ca. halvdelen af de respondenter, der havde givet tilsagn om at deltage, ringede vi til nogle af dem, som oprindeligt var blevet valgt fra for at være sikre på få en tilstrækkelig stor gruppe. Alle 9 respondenter mødte op, og der opstod en anden interaktion respondenterne imellem, end vi oplevede i den mindre gruppe på sygehuset i Region Sjælland, hvor vi havde svært ved ikke at blive en del af gruppen. Respondenterne udvekslede erfaringer og eksempler. Vi kunne derved anvende den plan, vi oprindeligt havde, primært at være observatører. Vi stillede enkelte uddybende spørgsmål.

Der var to, der havde vagt og derfor kunne risikere at blive ringet op. Den ene blev ringet op to gange, hvor hun måtte forlade lokalet for at besvare telefonopkaldene. Den anden blev ringet op flere gange og endte med at måtte forlade interviewet. Flere af respondenterne kom fra samme afdeling, og en af respondenterne viste sig at have en fortid som ledende overlæge. Der var en behagelig stemning, og der blev udvist respekt for den enkelte.

Fokusgruppeinterviewene var planlagt til at være eksplorative, men styringen blev mindre stram end tilsigtet. På grund af antallet af respondenter på sygehuset i Region Sjælland havde den enkelte respondent mulighed for længere taletid end på sygehuset i Region Hovedstaden.

Bearbejdning af interview og transskribering

Begge interviews er transskriberet i deres fulde ordlyd. Lydkvaliteten er god. I transskriptionen er ord, som det ikke har været muligt at identificere, markeret med "??". Udskrifterne af lydfilerne er rensset for ord, som "øh", pauser og gentagelser af det samme ord i forbindelse med pauser. Tegnsætning er sat ud fra skriverens vurdering af stemmeføringen på lydfilen samt grammatiske regler. Ufuldendte sætninger opstået som følge af andres afbrydelser er noteret "(bliver afbrudt)". I transskriberingen er der tilføjet "(der grines)", når det er forekommet undervejs.

Citater brugt i analysen er markeret med "...", hvis de er taget ud af en længere sætning, hvor der er udeladt en del af sætningen³³.

I den redigerede transskription er der foretaget en optælling af de antal gange, de enkelte personer har udtalt sig samt antal linjer, vel vidende, at der kan siges noget betydningsfuldt på 3 linjer, og ligeledes noget der ikke er betydningsfuldt på 20 linjer.

Dernæst er der i et skema opsat de enkelte påstande over for de enkelte respondenter, for at skabe et overblik over det, der blev sagt (bilag E).

Refleksion over interview

Vores forforståelse som sundhedspersonale, henholdsvis tidligere ledende overlæge (præsentation ved interviewet: speciallæge i gynækologi) og nuværende ledende oversygeplejerske kan have bevirket, at der kan være forhold, som vi ikke har set eller hørt i tilstrækkeligt omfang³⁴. Tilsvarende har respondenterne haft en forforståelse af os som interviewere, som kan have påvirket, hvad der er blevet sagt.

Der tegnede sig ikke noget mønster i forhold til køn eller alder.

Vi har ikke spurgt de enkelte respondenter om deres bevæggrunde for at melde sig til fokusgruppe interviewet.

Vi oplevede ikke betydende forskel på de to fokusgrupper.

³³ Launsø, Laila, Olsen, Leif og Rieper, Olaf. Forskning om og med mennesker, 2011. S. 165

³⁴ Justesen, Lise og Mik-Meyer, Nanna. Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier, 2010

Under interviewet på sygehuset i Region Sjælland blev vi en del af gruppen og kom derved ud af rollen som interviewer og blev i perioder en del af dialogen. I den redigerede transskription har vi derfor valgt at tage de passager ud, hvor vi er i dialog med respondenterne.

Under interviewet på sygehuset i Region Hovedstaden opstod der episoder, hvor dialogen imellem enkelte respondenter blev meget indforstået. Det bevirkede, at vi fik nogle data, som ikke var relevante i forhold til vores problemformulering, og som vi har valgt ikke at analysere på. Disse passager er udeladt i den redigerede transskription.

Vejleder har en fuldt udskrevet og uredigeret transskription af begge interviews.

Analysemetode

I analysen af interviewene vil vi holde udsagnene op i mod litteratur og andre undersøgelser på området. For at skabe overblik og finde mønstre, sammenhænge og overraskelser i den indhentede empiri, valgte vi at udarbejde et skema til at rubricere vores data³⁵. Skemaet blev opdelt i fem kolonner, med en kolonne til hver af de fire påstande, og en kolonne til respondenternes initialer, køn og alder. Interviewene blev læst igennem flere gange, og dernæst valgte vi at uddrage stikord eller hele sætninger, som vi tolkede var holdninger til de enkelte påstande ud fra et legitimitets- og motivationsperspektiv. Dernæst læste vi interviewene igennem igen, og i et særskilt dokument samlede vi udvalgte citater, der kunne belyse vores problemformulering. I dokumentet rubricerede vi citater ud fra, om svaret var, som vi havde forventet eller ej.

Citaterne blev herefter fortolket og begrundet med baggrund i teorien. Legitimitet er blevet vurderet som henholdsvis kognitiv, moralsk eller pragmatisk, og motivation ud fra kriterierne for autonomi, kompetence og relation. Fortolkningen er ydermere relateret til litteratur og undersøgelser på området, hvor vi har vurderet det relevant³⁶.

Vi har ikke kunnet identificere nævneværdige forskelle i de to gruppers svar og har derfor valgt ikke at foretage en komparativ analyse af interviewfundene.

³⁵ Bilag E

³⁶ Justesen, Lise og Mik-Meyer, Nanna. Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier, 2010

I analysen har vi valgt at omtale den ledende overlæge som "han" af læsevenlige årsager, ud fra den betragtning, at de fleste ledende overlæger fortsat er mænd.

Undersøgelsens kvalitet

De opfattelser som kommer til udtryk ved interviewene vil repræsentere respondenternes fortolkning og giver ikke mulighed for at studere den kontekst, respondenterne henviser til.

Refleksionen er vores kvalitetskriterium. Af tidsmæssige årsager har transskriptionen af interviewene ikke været udsendt til deltagerne til accept af udskriften.

En af respondenterne viste sig at være tidligere ledende overlæge. Vi tolker, at de fleste af hans udsagn er set ud fra den ledende overlæges perspektiv, hvilket vi har forsøgt at tage højde for i analysen og kommentere på.

Vi kan ikke generalisere ud fra empirien, da der er tale om en kvalitativ undersøgelse, som er kontekstafhængig, relationel og potentielt foranderlig. Tolkning af vores data sammenholdt med eksisterende litteratur og undersøgelser vil ligge til grund for vores konklusion. Da empirien er kontekstafhængig, vil undersøgelsesdesign, forforståelse og spørgsmål stillet undervejs i interviewene have betydning for, hvilke data der genereres.

Vi har tilstræbt at forholde os neutrale til respondenternes udsagn og i fremlæggelsen præsentere deres perspektiv, velvidende at vores forforståelse har betydning for fortolkningen.

Analyse

Vi har valgt at analysere hver påstand for sig med udgangspunkt i respondenternes svar holdt op i mod problemformuleringen. I de 3 første påstande undersøger vi, hvad overlægerne ser som legitimitetsgivende for rollen som ledende overlæge, og hvilken type legitimitet vi vurderer, at der er tale om henholdsvis kognitiv, moralsk eller pragmatisk. I den sidste påstand undersøger vi, hvilke faktorer der har betydning for overlægernes motivation for at søge en stilling som ledende overlæge i forhold til autonomi, kompetence og relation.

Påstand nr. 1: Den ledende overlæges vigtigste rolle er at være ”primus inter pares”.

Underspørgsmål: Hvilke egenskaber skal den ledende overlæge besidde?

Vores forventede svar på påstanden: Uenig

Respondenternes svar i skematiseret form:

Sygehus i Region Sjælland:

Initialer	Svar	Antal udtalelser	Antal tale linjer
MK	Uenig	9	55
MM	Enig/uenig	11	42
UF	Enig	5	26
ES	Helt uenig	15	55

Sygehus i Region Hovedstaden:

Initialer	Svar	Antal udtalelser	Antal tale linjer
GL	Enig	3	27
LW	Uenig	1	5
GA	Enig	8	17
LF	Uenig	6	39
PF	Enig	4	20
GF	Enig/uenig	7	60
AF	Enig	11	58
CL	Uenig	7	35
DY	Uenig	4	18

I svarene er vi overraskede over at se, hvor relativt mange der umiddelbart er enige i påstanden, 5 ud af 13. Vi havde forventet at flere ville erklære sig uenige. Fraset nogle få, kan vi dog ikke vurdere, om overlægernes tilkendegivelser er udtryk for deres egen opfattelse. Det kan være deres erfaring, at den ledende overlæge ikke opnår legitimitet med mindre, at han er blandt de fagligt bedste. De er dog alle enige om, at deres leder skal være speciallæge, men der er forskelle i udsagnene med hensyn til, hvor stor betydning overlægerne tillægger graden af faglig kompetence. Alle mener, at forudsætningen for at blive respekteret som leder er, at man også er lægefagligt respekteret. Derudover er der en forventning om, at lederen er uddannet indenfor det speciale, han leder. Hvor sygeplejersker er uddannet generalister og i princippet

kan arbejde indenfor alle specialer, er speciallægen, som ordet tilkendegiver, specialist indenfor et bestemt område. Hvis lederen ikke har mulighed for at gennemskue det lægefaglige aspekt, vil overlægerne benytte sig af det og forsøge at pleje deres egne interesser.

AF, som er tidligere ledende overlæge, siger: (Bilag A, linje 129) "*... det der er risikoen, hvis ikke man er en stærk faglig leder, det er, at der kommer anarki i afdelingen, så alle de små grupper, der har deres subspecialer (red.: underspecialer), de sidder og hiver i den snor, hiver i pengekassen og kræver dit og kræver dat, de vil ikke lave det, og de vil ikke lave det, og hvis ikke man har en faglig respekt, så kan man ikke skære igennem det her. ...han skal kunne forstå så meget helhed som faglig leder, at han kan fordele opgaverne ordentligt, så sørge for, at de ikke kommer op at slås. For Vatikanstater i sådan nogle kæmpe afdelinger, det er altså noget, der udvikler sig, hvis ikke man passer rigtig meget på*". AF har hørt til gruppen af lægefagligt stærke ledere, hvilket ikke kan udelukkes at have betydning for hans holdning.

Finn Borum³⁷ taler om subkulturer i den lægelige profession, som kan være i indbyrdes konkurrence om ressourcer og prestige, og som kun finder sammen i løse konstellationer omkring fælles problemer, som trusler med krav om registrering og kontrol kan udgøre. Det vil oftest være den ledende overlæge, som er formidler af disse krav. En fagligt kompetent leder vil overlægerne sjældent sætte sig op i mod, og han vil automatisk have kognitiv legitimitet i kraft af sin lægefaglighed. Hvis den ledende overlæge ikke har kognitiv legitimitet, udfordres han og må forsøge at opnå moralsk eller pragmatisk legitimitet. Det kan han bl.a. forsøge at opnå ved at argumentere for, hvad der tjener patienterne eller samfundet bedst eller ved, at overlægerne får mere indflydelse eller privilegier.

Nogle betragter det at blive ledende overlæge som et karrieremæssigt tilbageskridt. Enten bliver man ledende overlæge, fordi man ikke er fagligt dygtig, eller også er det den fagligt dygtige, som med tiden uvilkårligt vil miste noget af sin faglighed. UF, som er yngre overlæge, mener, at det har betydning for den respekt, som man kan opnå som leder. UF siger (Bilag B, linje 72) "*....man (red.: den ledende overlæge) taber jo højde... i takt med, at man bliver fuldtidsadministrator. Og det er det paradoksale i forhold til, at så kan det være svært at opretholde, hvad hedder det... kollegernes respekt. (UF, bilag B, linje 137) ...hvis man så vælger*

³⁷ Bendix, Henrik W m.fl. Hospitalsledelse - Organisatorisk fænomen og faglig disciplin, 2012. S. 83

en post, som hedder administratorposten. Det er ikke der, der ligger mest sådan "credit", kan man sige, så det en sådan lidt en "Nå, han er kørt ind på et sidespor. Han er blevet ledende overlæge" agtigt. Sat på spidsen, ikk'". Hvis den ledende overlæge som udgangspunkt er en af de fagligt dygtigste og med tiden mister faglig kompetence samtidig med, at han ikke kan opnå legitimitet gennem ledelse, vil overlægerne miste respekt og se ned på ham ifølge UF. Blandt udtalelserne er der tegn på, at ledelseskompeterne stadig ikke bliver anerkendt i samme grad som de lægefaglige.

I spørgeskemaundersøgelsen i det tidligere nævnte masterprojektet "Er ledelse attraktivt for overlæger?"³⁸, angiver 74% af de ledende overlæger, at de i meget høj grad eller høj grad føler sig anerkendt og påskønnet af overlægerne. Det er primært gennem demokratisk ledelse, at de ledende overlæger opnår anerkendelse, dvs. pragmatisk legitimitet. Det samme fandt man i arbejdsvilkår undersøgelsen blandt ledende overlægers fra 2010³⁹. Deres "hverdag bliver styret af at skulle facilitere de øvrige ledelsers og medarbejderes forventninger og behov", og de ledende overlæger i undersøgelsen oplever, at det er svært at være slagkraftig på grund af de mange hensyn. At opnå pragmatisk legitimitet vil være en måde, hvorpå den ledende overlæge kan opleve anerkendelse og påskønnelse. Det er dog også den type legitimitet, som er lettest at miste, hvis lederen ikke lever op til de forventninger, som overlægerne har.

I en undersøgelse fra 2004 af Finn Borum refereret i bogen Hospitalsledelse⁴⁰, beskrives sygehusene således: "Et sygehus er stadig en paradoks organisation, hvor især professionernes faglige normer og daglige rutiner holder produktionen oppe og den organisatoriske og ledelsesmæssige fornyelse nede". Ifølge Finn Borum er det stadig lægefagligheden, der er dominerende, men blandt vores respondenter vurderes lægefagligheden ikke lige vigtig af alle set i et legitimitetsperspektiv.

MM (bilag B, linje 101): *"...fagligheden er vigtig, men om den er afgørende, det er jeg så ikke sikker på, fordi man kan jo respektere folk af mange grunde. Man kan, hvad skal man sige, vinde retten til tillid og følgeskab på mange måder".* MM åbner for, at lederen kan opnå legitimitet på andre måder end gennem sin lægefaglighed ved, at han kan "vinde retten til tillid

³⁸ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013. S.38

³⁹ Ledende overlægers arbejdsvilkår. FAS, 2010. S. 8.

⁴⁰ Bendix, Henrik W m. fl. Hospitalsledelse - Organisatorisk fænomen og faglig disciplin, 2012. S. 76.

og følgeskab". Vi har ikke spurgt videre ind til, hvad der skal til for at opnå tillid og følgeskab. I sætningen tolker vi, at der ligger en evaluering af lederens adfærd for opnåelse af legitimitet. I første omgang vil det være pragmatisk eller moralsk legitimitet, som kan opnås, da den er baseret på observatørernes evaluering. Med tiden kan legitimiteten blive implicit og dermed kognitiv for overlægen på samme måde som den lægefaglige legitimitet. En forudsætning for, at den bliver kognitiv er, at den ledende overlæges ageren forstås og giver mening for overlægen. Om overlægerne har forståelse for den ledende overlæges rolle som leder, vil vi se nærmere på i påstand 3.

Blandt de overlæger som er uenige til helt uenige i påstanden, vurderer vi, at de generelle ledelseskompetencer har ligeså høj prioritering som de lægefaglige. En yngre overlæge udtaler (DY, bilag A, linje 252): *"...man skal have noget menneskelig indsigt, fordi man skal være dirigent for et orkester, der kun består af solister, og det skal man altså kunne styre. Altså, der har læger den der egenrådighed, så slår de bare om i banen og gør, som de har lyst til. Det tror jeg, det kræver, at man har flair for, hvordan man håndterer... eller ikke håndterer... får de her solister til at arbejde sammen.... sådan noget med at lave regneark og alt sådan noget, det kan man lære på kurser, men at håndtere mennesker... er det vigtigste".* DY ser personaleledelse som et vigtigt aspekt af den ledende overlæges rolle, som afføder respekt og legitimitet. Vi tolker den som kognitiv, hvis lederen er i stand til at håndtere denne del af rollen. Her kan lægefaglige kompetencer ikke stå alene, og generelle ledelsesmæssige kompetencer ser han som nødvendige.

For LF er det den lægefaglige udvikling, som har betydning (bilag A, linje 170): *"...den lægefaglige leder har en stor opgave i at facilitere udvikling i de forskellige, du (red: AF) kaldte det Vatikanstater, eller i forskellige subspecialer. Men du skal jo også som leder kunne give rum for at skabe den dynamik i en afdeling, der gør, at vi udvikler os, så vi bliver bedre på et akademisk højt niveau".* Det er ikke så vigtig for LF, om den ledende overlæge er den fagligt dygtigste. Hvis han kan skabe rum for udvikling, vil han få legitimitet. Vi vurderer, at der kan være tale om pragmatisk eller moralsk legitimitet. LF taler om lederens ansvar for udvikling af hele afdelingen og dermed ikke sig selv alene, hvilket kan betragtes som moralsk legitimitet til

gavn for afdelingen og samfundet som helhed. Samtidig taler hun om "os" og inkluderer derved sig selv, dermed kan legitimiteten også tolkes som pragmatisk.

I vores underspørgsmål søger vi svar på, hvilke egenskaber overlægerne mener, at den ledende overlæge skal besidde. Ud over en lægelig baggrund, som overlægerne kan have respekt for, blev flere generelle lederegenskaber nævnt. En del handler om personaleledelse, en enkelt nævner, at den ledende overlæge er leder af hele afdelingen og ikke kun lægerne. (ES, bilag B, linje 126) *"Nu handler det jo meget om lægen som leder for læger, ikk' altså, men den ledende overlæge er chef for hele afdelingen"*. Overlægerne taler generelt meget ud fra deres eget perspektiv og nævner kun i mindre udstrækning de andre faggrupper. Jespersen⁴¹ fandt ligeledes, at lægerne i høj grad fokuserer på lægernes rolle i afdelingen, og at deres forventninger til den ledende overlæge afspejler det. Det kan hænge sammen med, at emnet for interviewet er "læger og ledelse", men det kan også tolkes som overlægernes opfattelse af, at de er en forudsætning for, at sygehusvæsenet kan fungere.

Evnen til at løse konflikter, skabe tillid, samarbejde og dynamik samt være tilgivende og bakke op om sine overlæger nævnes også. Men den ledende overlæge skal også være en, som kan skære igennem. En forventning om strategisk og faglig ledelse kommer til udtryk i form af, at lederen skal facilitere udvikling inklusiv optimering af patientbehandlingen, skabe flow og produktion, have visioner samt skabe rum for innovation og nyskabelse. I forhold til ledelse opad ønsker man en leder, som formår at skaffe de nødvendige ressourcer til afdelingen. En forventning om en økonomisk ansvarlig leder nævnes af få respondenter og kommer til udtryk på følgende måde: (MK, bilag B, linje 1020) *"der er selvfølgelig stadigvæk det økonomiske ansvar, man skal holde sig indenfor budgettet, der må man have en økonom til at hjælpe, altså det er en lakaj, han har behov for til at hjælpe til at styre budgetter og lignende ting"*.

CL opsummerer overlægernes forventninger: (bilag A, linje 336) *"....Er vi enige om, at vi ønsker en lægelig leder, der løser konflikterne, der kan tale med dem opadtil, sådan så afdelingen ligesom får de ressourcer og får det rum, som det skal have, og vi ønsker, at de går forrest, det er lidt - om det er faglighed eller ledelse, de kan jo ikke gå forrest, hvis ikke de har noget faglighed. Og de kan ikke finde ud af at løse konflikter, hvis ikke de har ledelsesevner...."*

⁴¹ Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse, 2005. S. 130

spørgsmålet er, hvordan man vægter hvad... og hun slutter af med at konkludere: *...i princippet kræver det en person, som næsten ikke eksisterer, ikk'...*". Jespersen⁴² finder ligeledes en dobbelthed i ønskerne om, hvad en ledende overlæge skal kunne leve op til, f.eks. både at være samarbejdende og samtidig kunne skære igennem, en liste af forventninger som få ledere vil kunne leve op til, hvilket CL også ender med at konkludere.

Delkonklusion

Vi havde forventet en tydeligere tilkendegivelse af, at ledelseskompetencer i sig selv er legitimitetsgivende for den ledende overlæge. Overlægerne anerkender ledelseskompetencer, men det er fortsat den ledende overlæges lægefaglige respekt i overlægegruppen, som er den legitimitetsgivende faktor for det ledelsesrum, han kan opnå. Vi tolker, at forskellen mellem enige og uenige overlæger ligger i, hvor stor betydning de tillægger de lægefaglige kompetencer. Udtalelser som vi vurderer hører under personaleledelse kommer til udtryk. Den strategiske ledelse bliver nævnt i form af lægefaglig udvikling, og administrativ ledelse nævnes stort set ikke. Det stemmer overens med den store betydning som overlægerne fortsat tillægger lederens lægefaglig baggrund, hvis han skal opnå ledelseslegitimitet. At udviklingen ikke er kommet længere kan skyldes, at lægekulturen er traditionsbundet og forandringsresistent⁴³. Finn Borum går så langt som til at sammenligne lægerne med en klan. Han tilskriver det den udvælgelse, socialisering og træning, lægerne kommer igennem. Den traditionelle udvælgelse af ledere har været "primus inter pares". Udvælgelse på baggrund af kriterier, f.eks. lederkompetencer, som bryder de traditionelle regler for forfremmelse af læger til ledere af specialer, bliver derfor problematisk. Det kan samtidig være en udfordring for den ledende overlæge "at håndtere relationerne til andre overlæger og professorer, der repræsenterer den traditionelle lægekulturs lederudvælgelse og lederfigurer". En leder, som ikke har kognitiv legitimitet i kraft af sin lægefaglighed i overlægernes perspektiv, vil fortsat have svært ved at opnå ledelsesrum.

Man forventer en leder, som har både faglige og generelle lederegenskaber, hvor sidstnævnte relaterer sig til sikring af ressourcer, udvikling og personaleledelse. Overlægerne erkender, at forventningerne er store og at få vil kunne opfylde dem alle

⁴² Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse, 2005. S. 129

⁴³ Borum, Finn. Ledelse blandt læger, 2002.

Påstand nr. 2: Den ledende overlæge bør deltage i klinikken.

Underspørgsmål: Hvilke ledelsesrum oplever overlægegruppen, at den ledende overlæge har?

Vores forventede svar på påstanden: Enig

Respondenternes svar i skematiseret form:

Sygehus i Region Sjælland:

Initialer	Svar	Antal udtalelser	Antal tale linjer
MK	Enig	5	20
MM	Enig/uenig	7	35
UF	Uenig	3	26
ES	Helt uenig	15	42

Sygehus i Region Hovedstaden:

Initialer	Svar	Antal udtalelser	Antal tale linjer
GL	Uenig	1	10
LW	Uenig	2	15
GA		3	8
LF:	Enig/uenig	8	32
PF:		4	14
GF:	Enig/uenig	3	25
AF:	Enig	9	52
CL:	Enig	7	32
DY:	Enig/uenig	3	13

I begge grupper var der delte meninger, om den ledende overlæge bør deltage i klinisk arbejde eller ej. Samtidig var der forskelle i bevæggrundene for, hvilken holdning respondenterne havde.

Vi forventede, at overlægerne ville give udtryk for, at den ledende overlæge bør deltage i klinikken for at have føling med det kliniske arbejde. Den ledende overlæge vil derigennem også signalere, at han stadig tilhører gruppefællesskabet⁴⁴, hvilket kan medføre anerkendelse blandt overlægerne og vil give lederen legitimitet. Masterprojektet "Er ledelse attraktivt for

⁴⁴ Borum, Finn. Ledelse blandt læger, 2002

overlæger?”⁴⁵ viste, at ledende overlæger oplever at få legitimitet fra overlægegruppen ved at deltage i klinisk arbejde.

Flere af overlægerne giver udtryk for, at de oplever, at det er de ledende overlægers eget ønske at deltage i klinikken: (MK, Bilag B, linje 380) *”jeg er sikker på, at der er mange, og har også hørt, gerne vil være mere ude i klinikken”*. Det udsagn stemmer overens med resultaterne fra Overlægeforeningens arbejdsvilkårsundersøgelse.⁴⁶

Respondenterne oplever dog, at de ledende overlæger har svært ved at bevare tilknytningen til klinikken på grund af antallet af bundne opgaver. UF siger: (Bilag B, linje 290) *”Jo, det ville være fint. Men... med de opgaver, som man har nu som ledende overlæge, så er det nok svært at være i klinikken på et niveau, hvor man ligesom kan være med...”*. UF forventer ikke, at den ledende overlæge deltager i klinisk arbejde, så der vil ikke være tab af legitimitet for lederen ved ikke at gøre det.

Den ledende overlæges interesse for at holde kontakten til det kliniske arbejde, tolker de fleste som en bekymring fra lederens side om at miste faglighed og afskære sig fra muligheden for at komme tilbage i sit speciale, ES siger: (Bilag B, linje 382) *”Jeg tror, at mange er jo nok bange for at miste sin faglighed. For hvis man har været chef i 10 år, og så finder ud af, at du så ikke har lyst til det længere, så kan det være meget svært at komme tilbage igen. Så du havner hurtigt på et sidespor. Det tror jeg, at mange er bekymrede for”*. AF, ser det også fra lederens perspektiv: (bilag A, linje 443) *”...Det er også lidt angsten for at komme for langt væk fra det i de skærende specialer. At man pludseligt ikke rigtig kan magte det mere, en dag træder man tilbage og hvad så?...”*. Flere af udtalelserne handler om at kunne komme tilbage i sit speciale, hvis eller når den ledende overlæge ikke længere er leder. GF peger på et andet problem i den forbindelse: (Bilag A, linje 633) *”Det er psykisk ret svært for dem at indordne sig igen som overlæger og være almindelig arbejdskraft,”* hvis de har været væk fra klinikken og skal tilbage.

De færreste mener da også, at den ledende overlæge kan holde sig fagligt opdateret, og nogle udtrykker bekymring for, at lederen, i takt med hans faglighed daler, kommer til at lave ”ulykker”: (MM, Bilag B, linje 282) *”...der sker det, at den ledende, når han har klinisk arbejde*

⁴⁵ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013

⁴⁶ Ledende overlægers arbejdsvilkår. FAS, 2010

falder i faglig... altså man stagnerer.... Så efter 5-10 år så laver man ulykker... Det skal man ikke". MM er hverken enig eller uenig. Han mener, at "ledere er ledere og bør lede, fremfor at lave klinisk arbejde". Vi tolker det som kognitiv legitimitet i forhold til ledelsesopgaven.

Mange af de andre respondenter støtter op om holdningen til, at den ledende overlæge bør have klinisk arbejde for at være ajour med, hvad der foregår i afdelingen. Heriblandt MK, som har erklæret sig enig i påstanden og udtaler: (Bilag B, linje 307) *"...jeg mister respekten for chefer, der kun sidder på deres kontor og ikke har fornemmelse for stuegangsfunktion eller ambulatoriefunktion..."*. Begrundelsen for, at den ledende overlæge bør deltage i klinikken, er, at han bør have indsigt i, hvordan det går i afdelingen, ikke kun klinisk men også ledelsesmæssigt. Det tolker vi som moralsk legitimitet. Overlægerne mener, at det er det rigtige at gøre, men der ligger også en evaluering af, om lederen gør det eller ej. Overlægerne får ikke direkte en personlig gevinst ved det, hvorfor vi ikke tolker det som pragmatisk legitimitet.

Det kan dog også indbefatte de administrative problemer, der måtte være, hvor vi tolker bevæggrunden til at have karakter af pragmatisk legitimitet. DY udtrykker det således: (Bilag A, linje 427) *"...hvad betyder det, når computeren er langsom, og vi skal registrere EPM (red.: elektronisk patient medicinering), og der er alle mulige informationsfoldere, og pludselig kan man ikke nå noget mere på 15 minutter, fordi du har 14 minutters administration. Det mærker de (red.: de ledende overlæger) på deres egen krop, hvis de selv er ude en gang imellem..."*. For andre er det vigtigst, at den ledende overlæge er synlig ved konferencerne og holder sig orienteret på den måde. De synes ikke nødvendigvis, at lederen skal deltage i det kliniske arbejde.

I begge interviews omtaler flere af overlægerne sig selv og de ledende overlæger som kollegaer. Det samme gør nogle af de ledende overlæger, hvilket fremgår af masterprojektet "Er ledelse attraktivt for overlæger?"⁴⁷. Det kan tolkes som, at de ledende overlæger stadig gerne vil føle sig som en del af gruppefællesskabet, selvom de er blevet ledende overlæger, og at overlægerne stadig betragter den ledende overlæge som kollega og ikke deres leder. Der var dog også andre, som klart meldte ud, at de ikke var kollegaer med den ledende overlæge. MK: (Bilag B, linje 563) *"Han skal ikke omtale mig som sin kollega, fordi det er to forskellige*

⁴⁷ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013

ledelsesniveauer. Det er ham der er chefen, og sådan skal det være”, og MM: (Bilag B, linje 568) ”Vi er jo netop hierarki-vant....han er chefen vi er medarbejdere. Det er vi indstillet på”. Det kan være forbundet både med fordele og ulemper. På den ene side kan det give den ledende overlæge legitimitet i kraft af en fællesskabsfølelse. På den anden side kan det vanskeliggøre den ledende overlæges mulighed for at kunne lede⁴⁸, da overlægerne vil føle sig ligestillede med ham og derved berettiget til at diskutere beslutninger, som den ledende overlæge i sidste ende skal stå til ansvar for overfor sin ledelse. Det kan begrænse den ledende overlæges mulighed for at opnå kognitiv legitimitet i forhold til sit lederskab.

Delkonklusion

I den overvejende del af udtalelserne lægges der især vægt på, at den ledende overlæge bør deltage i klinikken for at kunne holde sig orienteret om, hvordan det går i afdelingen men også om, hvordan arbejdsforholdene er. Enkelte føler kun behov for, at den ledende overlæge er synlig ved konferencerne. Vi tolker det overvejende som moralsk legitimitet i det flere anerkender, at den ledende overlæge primært skal varetage den overordnede ledelsesopgave. Respondenterne har en erkendelse af, at den ledende overlæges ledelsesmæssige opgaver har vanskeligt ved at give rum for klinisk arbejde. Overlægerne har til gengæld en oplevelse af, at de ledende overlæger selv har et ønske om at være klinisk aktive, men at de har svært ved at opretholde deres faglige niveau over tid pga. mængden af administrative ledelsesopgaver.

⁴⁸ Borum, Finn. Ledelse blandt læger, 2002.

Påstand nr.3: Overlægegruppen mangler forståelse for den ledende overlæges rolle som leder.

Underspørgsmål: Hvordan forstår overlægegruppen den ledende overlæges ledelsesrolle?

Vores forventede svar på påstanden: Uenig

Sygehus i Region Sjælland:

Initialer	Svar	Antal udtalelser	Antal tale linjer
MK	Uenig	28	93
MM	Helt enig	23	75
UF	Enig	21	97
ES	Uenig	15	42

Sygehus i Region Hovedstaden:

Initialer	Svar	Antal udtalelser	Antal tale linjer
GL	Uenig	5	25
LW		2	12
GA		3	14
LF	Uenig	9	38
PF	Uenig	3	8
GF		5	57
AF	Uenig	5	22
CL	Uenig	13	48
DY	Uenig	3	23

Fraset 2, har alle, som vi har svar fra, erklæret sig uenige i påstanden. Der er diskrepans mellem denne opfattelse og undersøgelser, hvor ledende overlæger er blevet spurgt. De ledende overlæger oplever ikke, at overlægerne har ledelsesforståelse⁴⁹. Det skyldes muligvis, at overlægerne ikke ved tilstrækkeligt om, hvad funktionen som leder indebærer. Kurt Klaudi Klausen tilslutter sig det synspunkt og mener, at bl.a. uvidenhed og fagprofessionelt snæversyn

⁴⁹ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013, Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse. 2005. S. 127 og Ledende overlægers arbejdsvilkår. FAS, 2010. S. 10

ligger til grund for overlægernes manglende forståelse for opgaver som administration, drift, udvikling og tilpasning i et moderne sygehusvæsen⁵⁰.

Vi havde forventet, at respondenterne overvejende ville være uenige. For overlægerne drejer det sig om at bevare og sikre retten til de ledelsesmæssige beslutninger, som vedrører behandlingsformer og faglige prioriteringer⁵¹. Peter Kragh Jespersen kalder det "lægenes ledelsesprojekt"⁵². Moralsk legitimitet bliver ofte benyttet i argumentationen. Deres handlinger er for patienternes skyld. Overlægerne mener, at de har til opgave at sikre den bedst mulige behandling for den enkelte patient. Hvis den position trues, vil de sætte sig i mod. De mener ikke, at de nye styringsformer med inspiration fra New Public Management tilgodeser det lægefaglige aspekt i tilstrækkelig grad. Den ledende overlæge sidder i en position, hvor han skal være loyal overfor sin ledelse, som repræsenterer en anden styringsform end tidligere, hvor lægefaglig ledelse også dominerede på sygehus niveau. Det betyder, at han bl.a. er med til at implementere nogle af de styringstiltag, som overlægerne har svært ved at se meningen med.

Flere af respondenterne taler om de frustrationer over arbejdet, som de oplever i hverdagen og erkender, at der er en tendens til, at den ledende overlæge bliver gjort til genstand for dem. Lederen er oftest den, som formidler nye styringstiltag af administrativ karakter, der skal konkurrere med lægefagligheden, som overlægerne helst vil koncentrere sig om. UF har erklæret sig enig i påstanden men udviser i sine udtalelser selv forståelse for ledelsesopgaven (bilag B, linje 467): *"...der er en skal-opgave, der hedder: "det her det skal vi i vores afdeling", og det er ikke populært. Og så bliver lederen hurtigt en modstander af foretagendet i stedet for en medspiller. Og ledelsen, hvis der er nogen der gerne vil afdelingen, så er det formentlig ledelsen. ...så bliver der lagt frustrationer over forskellige bagateller...det er for meget, det er en detalje, ...men de kommer også ind på chefens bord. Så jeg synes egentlig, at det er en lidt utaknemmelig post. Men nogen skal gøre det. For hvis ikke vi har en ledende overlæge, så har vi et problem".* UF beskriver det krydspres, som den ledende overlæge oplever og har forståelse for, at det er en vanskelig post at bestride. Han taler om "modstander" og "medspiller", som vi tolker afspejler noget, der er uforeneligt og dermed interesseforskelle. Det er to verdener,

⁵⁰ Hildebrandt, Steen, Klausen, Kurt Klaudi og Nielsen, Steen Friberg. Sygehusledelse, 2003. S. 442

⁵¹ Bendix, Henrik W m.fl. Hospitalsledelse - Organisatorisk fænomen og faglig disciplin, 2012. S. 78.

⁵² Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse, 2005. s. 91

henholdsvis den lægefaglige og den administrative, som har svært ved at forstå hinanden, hvor den ledende overlæge skal agere formidler. UF kan sætte sig i den ledende overlæges sted og se, at lederen gerne vil afdelingen det bedste ud fra sit perspektiv, selvom ikke alle overlæger opfatter det sådan. UF accepterer ledelse uden at stille betingelser, så vi tolker den som kognitiv. Han ser det samtidig som et problem, hvis der ikke er en ledende overlæge. Der er blevet talt meget om lægefaglighed i interviewet og vi tolker, at sidstnævnte udtalelse beror på en bekymring for, at lægefagligheden ikke vil blive tilstrækkeligt tilgodeset efter overlægernes mening, hvis der ikke er en ledende overlæge.

MM har som UF erklæret sig enig i påstanden og erkender, at overlægegruppen ikke har forståelse for ledelsesrollen. MM siger: (bilag B, linje 455) *"...Som det er i dag, så repræsenterer denne her faglige leder for gruppefællesskabet samtidig den med møgopgaverne og at introducere pligter til gruppen, som ikke er til fremmende for patientforløbenes kvalitet nødvendigvis, og derfor ikke umiddelbart noget, der for dem, der har det daglige kliniske arbejde virker så meningsfuldt..."* Her kunne vi have spurgt ind til, hvad MM mener med henholdsvis gruppefællesskabet og møgopgaverne. Vi tolker, at gruppefællesskabet repræsenterer det lægelige og møgopgaverne de administrative pligter, da MM mener, at sidstnævnte ikke gavner kvaliteten af patientforløbene. Ud fra vores forforståelse af, at den ledende overlæges lederrollen indbefatter både den lægefaglige- og den administrative ledelse, så mener MM ikke, at overlægerne har forståelse for ledelsesrollen. De administrative opgaver giver ikke mening for dem, og derved opnår den ledende overlæge ikke legitimitet, hvad det angår. Til gengæld bliver den ledende overlæge genstand for overlægernes utilfredshed over opgaver, som de ser som unødvendige: (MM, bilag B, linje 459) *"...det skaber også et sted for kollegaerne at lægge frustrationerne over al det, de møder i deres hverdag, nemlig på chefen, som er ansvarlig for de der ting i vores øjne"*.

MM er klar over, at lederposten er vanskelig at varetage og siger, at: (Bilag B, linje 521): *"...de nye ledere der kommer til er sjældne fugle, en efterspurgt vare, og det er nogen, vi bliver nødt til at passe på. Pas på din leder. Støt ham...."*. MM's udtalelse kan tolkes som kognitiv legitimitet, da der ikke stilles betingelser.

Kort efter skifter legitimiteten til pragmatisk, da MM tilføjer, at den ledende overlæge kun opnår legitimitet, hvis overlægerne har tillid til, at han tjener deres sag: (Bilag B, linje 527) *"...man skal have tillid til, at det er dem, der kan føre en ud af morasset og et andet sted, hvor det bliver bedre, ikk'. Det gør det nemt at følge lederen, hvis der er den der fornemmelse..."* Så lederen kan ikke forvente opbakning, hvis han går i en anden retning end, hvad overlægerne synes: (MM, bilag B, linje 529) *"...hvis... man ikke ser viljen (red.: hos den ledende overlæge)... til at prøve at flytte det til noget andet, så må han også sætte sin stilling ind på det. Så gider vi heller ikke have ham, hvis det er sådan, så må vi have en anden..."*.

Som under påstand 1, nævner andre respondenter også tillid og ikke mindst mistillid til lederen, MK udtrykker det således: (bilag B, linje 541) *"en leder kan jo ikke konsekvent gøre noget anderledes end overlægekollegiet gerne vil have. Fordi en leder kan ikke overleve, at et flertal af overlægerne ikke kan støtte ham som leder. Så vil sygehusledelsen til enhver tid afskedige ham, hvis et flertal af overlægerne kom og tilkendegav deres mistillid til ham"*. Overlægen har en forståelse af den ledende overlæges ledelsesrum som værende afhængig af støtte fra overlægerne. Så for at opnå ledelseslegitimitet, skal den ledende overlæge sørge for, at overlægerne støtter ham. Vi kan dog ikke sige, om det reelt forholder sig sådan, da det fremsættes som et postulat.

Det kan begrænse den ledende overlæges ledelsesrum, som er afhængigt af, om overlægerne vil give ham tilstrækkelig legitimitet til at lede, som han finder hensigtsmæssigt. Hvis den ledende overlæge prioriterer mere generelle ledelsesopgaver, som ikke er tjener lægefagligheden risikerer han at blive beskyldt for at gå ledelsens ærinde⁵³, som MK udtrykker således: (Bilag B, linje 487) *"...mere en (red.: den ledende overlæge) lakaj for sygehusledelsen end egentlig en, der sådan advokerer det faglige i afdelingen..."* Hvis den ledende overlæge ikke lever op til overlægernes forventninger og sørger for den faglighed, som overlægerne forventer, betragtes han nærmest som en forræder. MK har oplevet, at ledende overlæger, som har været på posten i mange år nærmest er: (bilag B, linje 498) *"...købt af sygehusledelsen, mentalt, til at forsvare positioner, som de egentlig ikke rigtig selv forstår, og som vi slet ikke kan forstå"*. Så selvom MK har erklæret sig uenig i påstanden, så er der grænser for forståelsen og

⁵³ Bendix, Henrik W. Kan læger lede et hospital, 2008. S. 8

dermed legitimiteten. Vi tolker, at overlægerne har svært ved at acceptere, hvad der ligger i funktionen for en ledende overlæge i dag. I ovenstående citat kommer interesseforskellene til udtryk, i det MK ser, at sygehusledelsen har andre mål end overlægerne, mål som den ledende overlæge skal forsvare overfor overlægerne.

På sygehuset i Region Hovedstaden kommer tvivlen om, hvilke interesser og krav der er på spil også til udtryk. GA oplever, at meget af den ledende overlæges tid går til administrative opgaver, hvor hun føler behov for mere faglig ledelse: (bilag A, linje 771) *"det der behov, som man også har for faglig ledelse, den kan man nogle gange godt være frustreret over, hvis man ikke får kaptajnen, der sidder for enden af bordet"*. Hun efterlyser, at den ledende overlæge *"toner rent flag"* ligesom oversygeplejersken og siger: *"jeg er en administrativ person. Jeg skal ikke stå for den faglige udvikling i afdelingen"*. Det oplever hun ikke, at den ledende overlæge gør trods de mange administrative krav. I stedet oplever hun, at de ledende overlæger: (bilag A, linje 779) *"bliver suget over i excel-arkene"*, altså primært har blik for administrationen. Vi kan ikke tolke, om der er legitimitet til den ledende overlæge eller ej i udsagnet, men det udtrykker et forståelsesproblem for lederrollen.

Interesseforskellen kan sætte overlægerne i et dilemma. De fleste giver udtryk for, at de har sympati for den ledende overlæge men har svært ved at lade sig lede til at udføre opgaver, som de ikke er enige i. GL siger (Bilag A, linje 730): *"...mange af de ting, vi bliver pålagt via vores administrerende overlæge, kommende fra direktionen af og til, virker rimeligt tåbelige. Og så kan det da godt være svært at sige, at det synes vi også er en virkelig god idé"*. Her vil den ledende overlæge have svært ved at opnå legitimitet. Det kan give anledning til utilfredshed i overlægegruppen, som vil blive rettet mod lederen. MM beskriver, hvad han har oplevet: (bilag B, linje 462) *"Jeg har set det ske mange gange, at det er en meget meget populær og vellidt person, som ender der i en ledende stilling og bliver genstand for så meget frustration og gnider, at det gør helt ondt"*. Overlægerne kan have medlidenhed med lederen, men vi tolker, at han ikke får legitimitet alene på den baggrund.

Det får han derimod, hvis overlægerne føler sig inddraget, hvilket der blev talt om i begge interviews. Den ledende overlæge kan opnå pragmatisk legitimitet ved at være åben om, hvad der foregår og hvorfor: (CL, bilag A, linje 660) *"så er det heller ikke en selv det går ud over... så*

er der stadig en kollegialitet mellem den ledende overlæge og de andre overlæger". Det skal dog formidles på en sådan måde, at det bliver tåleligt i afdelingen, som CL siger. Det kan tolkes som, at der ligger en evaluering bag, om overlægerne kan acceptere det eller ej. Der bliver også sagt flere gange, at hvis overlægerne ikke føler sig inddraget, så er de sikkert ikke (bilag A, linje 729) *"særligt selskabelige at være sammen med"*, som CL udtrykker det.

Andre respondenter har et andet perspektiv. De oplever, at overlægegruppen har forståelse for det dilemma, som den ledende overlæge har med lægefaglighed på den ene side og økonomi på den anden. Som læge vil man gerne gøre det bedste for patienten, og samtidig har man som ledende overlæge også et økonomisk ansvar, som man skal forholde sig til. Dilemmaet for overlægerne i forhold til rammerne udtrykker LF således: (Bilag A, linje 695) *"i virkeligheden vil man bare levere et ordentligt stykke arbejde. Og det ligger så dybt i en, at man vil simpelthen levere en ordentlig kvalitet! Og man vil ikke gå på kompromis med kvaliteten"*. Det kan gøre det svært for overlægerne at give legitimitet til den ledende overlæge, hvis de føler, at de skal gå for meget på kompromis med deres faglighed, og derved vil lederen umiddelbart ikke kunne opnå legitimitet.

LF mener, at den ledende overlæge får det lettere: (bilag A, linje 688) *"ved at informere, forklare, hvad er det der skal ske, og så må man jo også som ledende overlæge være klar over, at det er jo ikke alle, der... man kan jo ikke "please" alle, der er jo nogen, som vil føle sig trådt på i en afdeling. Og sådan er det. Men hvis man formidler tingene på en fornuftig måde, så må man håbe, at det bliver forstået"*. Her anerkender hun den ledende overlæges ledelsesret ved at konstatere, at det er ikke alle, som man kan tilfredsstille. Vi tolker det som kognitiv eller moralsk legitimitet. Kognitiv hvis der er en reel forståelse for lederens ledelsesret, som giver mening for LF. Moralsk legitimitet, hvis det er i kraft af de normer samfundet bygger på og dermed ledelseshierarkiet, som dikterer, at den ledende overlæge er leder for overlægerne.

Nogle giver udtryk for, at det at føle sig hørt eller komme i dialog med den ledende overlæge er det vigtigste. De er godt klar over, at det er en svær balancegang og umulig rolle for lederen at stille alle tilfredse. ES siger: (bilag B, linje 509) *"Jeg synes jo... vi har respekt for vores chefer og godt ved, at det er et svært job, de har. Så det der er vigtigt, det er, at man har en dialog med dem og ligesom kan og føre de ting frem, man gerne vil have sagt og høre, at der er nogen der*

lytter på en. Det betyder jo ikke, at det nødvendigvis bliver, som man synes". ES tilkendegiver ikke, at hun forventer indflydelse men ønsker, at der bliver lyttet. Senere minder hun om, at den ledende overlæge er leder for hele afdelingen (bilag B, linje 519) og udviser herved helhedsforståelse for ledelsesrollen. Legitimiteten har vi derfor tolket som kognitiv.

Ansvar blev diskuteret i begge fokusgrupper. Flere tilkendegiver, at de gerne vil have indflydelse gennem uddelegering af opgaver og derigennem have ansvar. Det fungerer i flere af afdelingerne i form af lægefagligt ansvar for et område og tolkes som legitimitetsgivende for den ledende overlæge. Vi kan ikke tolke, hvilken type legitimitet, der er tale om. På sygehuset i Region Hovedstaden diskuterede man også, at ledelsesansvar ligger implicit i det at være overlæge. Til det siger GL: (bilag A, linje 839) *"det er rigtig, rigtig vigtigt, at man som overlægegruppe føler en stor loyalitet og et stort ansvar for sin afdeling"*. I citatet kan ligge flere forståelser. "Afdeling" kan betyde pragmatisk legitimitet til den ledende overlæge, hvis overlægerne får mulighed for at bestemme. Det kan også dreje sig om at føle sig ansvarlig i forhold til at sørge for den bedste behandling for patienten set fra et lægefagligt perspektiv, i så fald moralsk legitimitet. Det giver ikke nødvendigvis lederen legitimitet, hvis interesserne ikke er sammenfaldende. Så vi kan ikke konkludere, om GL også mener driftsansvar eller blot lægefagligt ansvar.

Flere af respondenterne giver udtryk for at føle medansvar og loyalitet overfor ledelsen. De har til gengæld tillid til og en forventning om opbakning fra ledelsen. LF siger her: (Bilag A, linje 821) *"jeg har et stort medansvar for... at få tingene til at spille i en hverdag, hvor vi bliver mere og mere pressede... Så loyaliteten, synes jeg, følger med."* Legitimiteten er dog ikke kognitiv men moralsk, da den kan mistes igen, hvis opbakningen ikke viser sig. LF fortsætter lidt senere: (Bilag A, linje 904): *"Og der falder ens tillid til ledelsen lynhurtigt til jorden, hvis ikke man fornemmer den opbakning fra ledelsen"*. Legitimiteten er baseret på en evaluering, om lederen lever op til LF's forventninger om opbakning.

Delkonklusion

Vi tolker, at alle respondenterne har forståelse for ledelsesrollen i en vis udstrækning. Vi vurderer, at alle tre legitimitetstyper er repræsenterede, da der er forskel på, hvor villige overlægerne er til at give ledelseslegitimitet til den ledende overlæge. Der er bevidsthed

omkring, at lederrollen omhandler administration og driftsansvar ud over faglig ledelse. Vi kan ikke vurdere, hvilken forståelse overlægerne har af betydningen af disse parametre. Der bliver i udtalelserne lagt vægt på inddragelse som legitimitetsgivende, hvilket den ledende overlæge vil opnå gennem en demokratisk ledelsesstil. Af udtalelserne tolker vi, at der ligger en interesseforskel i, hvad overlægerne mener, at lederrollen bør indeholde, og det de oplever, at den indeholder. Hvis hensynet til lægefagligheden påvirkes af administrative og driftsmæssige opgaver, har overlægerne svært ved at give legitimitet og anerkender det ikke på lige fod med lægefagligheden. Det tyder på, at overlægerne har en anden opfattelse end Kurt Klaudi Klausen af, hvad ledelse bør dreje sig om i et sygehusvæsen⁵⁴.

⁵⁴ Hildebrandt, Steen, Klausen, Kurt Klaudi og Nielsen, Steen Friberg. Sygehusledelse, 2003. S. 442

Påstand 4: Det fineste man kan opnå, som overlæge, er at blive ledende overlæge.

Underspørgsmål: Hvad tænker overlægerne kan være årsager til den manglende interesse i at søge ledende stillinger?

Vores forventede svar på påstanden: Uenig

Respondenternes svar i skematiseret form:

Sygehus i Region Sjælland:

Initialer	Svar	Antal udtalelser	Antal tale linjer
MK	Uenig	35	125
MM	Uenig	19	51
UF	Uenig	14	60
ES		24	69

Sygehus i Region Hovedstaden:

Initialer	Svar	Antal udtalelser	Antal tale linjer
GL		3	26
LW	Måtte gå før tid		
GA	Enig/uenig	8	8
LF		6	38
PF		4	7
GF	Enig/uenig	7	36
AF	Uenig	11	52
CL	Uenig	7	34
DY	Helt uenig	4	39

Påstand 4 er analyseret ud fra motivationsteori af Ryan og Deci.⁵⁵ I første del af afsnittet vil der være fokus på autonomi, dernæst kompetencer og til sidst relationer. Vi har som eneste ydre motivations faktor spurgt ind til lønnen. I masterprojektet "Er ledelse attraktivt for overlæger?" har repræsentanter for FAS beskrevet lønnen som en mulig årsag til den manglende interesse for at søge ledende overlægestillinger.⁵⁶

⁵⁵ Ryan, Richard and Deci, Edward: Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions (2000)

⁵⁶ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013. S. 68

Autonomi

Autonomi bliver beskrevet af Ryan og Deci som en faktor til at opleve sig indre motiveret. Der skal være mulighed for indflydelse på egne arbejdsopgaver, og der skal være tid og rum for egen udvikling. I følgende citater har vi undersøgt overlægegruppens syn på den ledende overlæges arbejdsopgaver for at undersøge, om de oplever sig motiveret til at søge stillingen som ledende overlæge.

Den generelle udmelding, som kommer til udtryk hos næsten alle respondenter er, at det at blive ledende overlæge ikke betragtes som det fineste. En udmelding vi havde forventet og derfor ikke overraskede os. Indholdet i stillingen som ledende overlæge betragtes ikke som attraktivt, hvilket MK udtrykker på denne måde: (Bilag B, linje 901): *"...indholdet i dag af den ledende overlægestilling, den er altså, inderlig uinteressant meget af det.... Og derfor synes jeg ikke, at det er den fineste og attråværdige stilling i dag..."*. Ledelse af faglig og klinisk udvikling anses af alle læger for at være vigtig og bør prioriteres over de opgaver, der omhandler økonomistyring. Overlægenes videnområde handler om behandling af syge gennem autorisation samt uddannelse og forskning inden for det lægefaglige område⁵⁷. Som vist under påstand 1 lægger overlægerne stor vægt på den kliniske faglighed og kompetence. MK kommenterer: (Bilag B, linje 89) *"...det er jo det, der gør det uinteressant for os, der er fagligt interesseret i dag, at sidde på et kontor 4 dage om ugen og være bestyrer af et regneark, som man har indtryk af, at mange ledende overlæger er"*. MK pointerer flere gange, at det er indholdet i stillingerne, som er uinteressant.

Overlægegruppen giver udtryk for, at med de vilkår som den ledende overlæge har i dag, så er stillingen ikke attraktiv. Tidligere var der kun 2-3 overlæger pr. afdeling, og overlægen, som dengang hed administrerende overlæge, var en person, der blev set op til. Han var typisk den mest fagligt kompetente og derfor udpeget til at bestride posten som leder for hele afdelingen. MM udtaler: (Bilag B, linje 901): *"...vilkårene er ændret over de sidste 30 år fra at have handlemuligheder, et kæmpe potentiale for at bygge en afdeling op, kongeriger, og så i dag hvor man har meget rigide, faste rammer og virkelig en vanskelig opgave, så jeg tror, at prestigen er gået ned ad bakke, nærmest lineært, ikk."*

⁵⁷ Bendix, Henrik W m.fl. Hospitalsledelse - Organisatorisk fænomen og faglig disciplin, 2012. S. 79

MM beskriver, at der mangler handlemuligheder, og at de rigide rammer ikke giver mulighed for indflydelse på egne opgaver, hvilket vi tolker som manglende autonomi.

For nutidens ledere er vilkårene anderledes end dengang. Forandringer har indenfor de seneste 30 år præget sygehusområdet. De fagprofessionelles selvstyre er blevet anfægtet og den politiske debat har været kritisk. Der har været et politisk ønske om at gribe ind, hvor prioriteringer og udbygning af sundhedsvæsenet tidligere var overladt til de fagprofessionelle⁵⁸. Reforminitiativerne er kommet hyppigere, og de har været mere omfattende, senest Kvalitetsreformen fra 2007 med indførelse af Den Danske Kvalitets Model. Overlægegruppen giver udtryk for, at arbejdet med Den Danske Kvalitetsmode har medført mange meningsløse, administrative registreringer, som lægegruppen opfatter som en indgriben i deres autonomi, ES udtaler: (Bilag A linje 1346): *".. og nu er vi nede på at, hver eneste detalje skal måles... og vi ved jo godt, at mange gange, så bliver de ting ikke udfyldt ordentligt, så man kan egentligt ikke bruge de her målinger..."*.

ES taler meget om det manglende råderum, som overlægerne oplever, at de ledende overlæger ikke har og dermed manglende autonomi som årsag til, at jobbet ikke er attraktivt. ES udtaler: (Bilag B, linje 189): *"Ja, der er utroligt mange bindinger hele vejen. Det er jo en af frustrationerne, tror jeg, for mange chefer, at man egentlig ikke bestemmer noget. At man bare farer rundt mellem forskellige møder, hvor man skal måles på det ene og det andet og det tredje og det fjerde"*.

UF tilføjer: (Bilag B, linje 297): *"...Altså man har nogle skal-opgaver, som man har svært ved at forsvare og svært ved at overbevise sin afdeling om, at man skal. Og det er jo, det tror jeg da er noget af det, der gør ledende overlægejobbet træls, at man ikke engang selv kan stå inde for det man skal overbevise resten af holdet om. Og det er der jo mange eksempler på, må man sige. Desværre"*. Som udtrykt her, oplever overlægerne ikke, at de ledende overlæger har tilstrækkelig autonomi, hvilket ikke fremmer overlægernes motivation til at søge ledende overlægestillinger. De ledende overlægers formidling af bundne opgaver er ikke tilstrækkeligt overbevisende til, at overlægerne forstår meningen med dem.

⁵⁸ Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse, 2005. S. 18

Manglende råderum bliver nævnt af flere respondenter. Er der reelt et manglende råderum for den ledende overlæge, eller er det overlægegruppens oplevelse af, at de ledende overlæger ikke har medindflydelse på de beslutninger, der træffes i de enkelte afdelinger? Som det er i dag skal den ledende overlæge ikke kun varetage lægegruppens interesser men have et strategisk og ledelsesmæssigt blik for hele afdelingen og alle personalegrupper⁵⁹. Det kan bevirke, at den ledende overlæge træffer beslutninger, som varetager hele afdelingens interesser og ikke specifikt lægegruppen, hvorfor overlægegruppen muligvis ikke inddrages i beslutningsprocessen. Det kan opleves som manglende råderum og tab af autonomi.

Kompetencer

Ifølge Ryan og Deci eksisterer indre motivation i sammenhæng mellem personer og opgaver. Der er behov for at opleve sig kompetent i forhold de opgaver, der skal varetages. I de følgende citater undersøger vi, om overlægerne mener, at de er kompetente i forhold til ledelsesopgaver.

Når man bliver ledende overlæge, bevæger man sig ind på et område, hvor man som udgangspunkt ikke er kompetent. Competence er, som nævnt i teoriafsnittet under motivation, en væsentlig faktor for at opnå indre motivation. MM:(Bilag B, linje 243): *"...nu har vi brugt 30 år på at blive til noget, et eller andet og kunne noget, og så skal man holde op med det for at gøre noget, som man absolut ikke kan. Det virker helt meningsløst"*. Det kan godt, set fra overlægernes perspektiv, virke meningsløst at opgive en funktion, der er brugt mange år på at opnå for at søge en stilling som ledende overlæge, hvor man som udgangspunkt ikke har kompetencen. Samtidig udtrykker overlægegruppen, at den vigtigste kompetence en ledende overlæge, ifølge påstand 1, skal have, er at være fagligt kompetent, en forgangsmand for specialet. Samtidig med den manglende ledelseskompetence og håndtering af diverse administrative opgaver bemærker overlægegruppen også en frygt for tab af kliniske kompetencer. Alle respondenterne erkender, at det ikke kan lade sig gøre at bevare sin høje faglighed, når man bliver ledende overlæge, da ledelsesarbejdet taget meget tid.

⁵⁹ Hildebrandt, Steen, Klausen, Kurt Klaudi og Nielsen, Steen Friberg. Sygehusledelse, 2003. S. 442

Samtidig med tab af de kliniske kompetencer er der en frygt for at miste sit job som ledende overlæge. En kombination af manglende kliniske kompetencer og en ny jobsøgning virker ikke tillokkende, som LF siger: (Bilag A, linje 562): *"...der er mange, jeg kender, som siger: "jeg har ikke lyst til det, fordi jeg er simpelthen bange for, at jeg bliver slagtet, og hvis jeg er ude af mit fag i en tre, fire år... Så skal jeg på genoptræning, og kan jeg overhovedet få et job, er der nogen, der vil have mig, nu er jeg jo fagligt inkompetent". Det er da også frygt, der gør, at man ikke søger det"*.

FAS har ikke statistik på området⁶⁰. Oplevelser i egne organisationer, hvor ledende overlæger er forsvundet fra funktionen med dags varsel kan støtte op om betragtningen.

Som flertallet erklærer en overlæge sig uenig i påstanden men giver udtryk for et andet perspektiv end de øvrige overlæger. DY omtaler i nedenstående citat betydningen af at opleve sig kompetent til opgaven. Som ledende overlæge begynder lederkarrieren nederst i hierarkiet, hvor kvalifikationer og kompetencer først skal tilegnes ved tiltrædelse af stillingen. Den ledende overlæge vil gå fra en funktion, hvor han følte sig kvalificeret og kompetent til et område, hvor han ikke kan trække på sine kliniske kompetencer. Dermed vil han i en periode opleve ikke at være kompetent, hvilket ikke fremmer indre motivation. DY (Bilag A, linje 1022): *"... jeg vurderer ikke en ledende overlæge på deres overlæge kvaliteter, jeg vurderer på deres leder kvaliteter, som er et helt andet fag og ser det lidt at være ledende overlæge det svarende lidt til, det man er som turnuslæge i lægeverden, så er man bare i ledelsesverden, man er den laveste leder i hierarkiet..."*

DY mener, at der burde sættes mere på lederfunktionen, og at det skal give anerkendelse at være leder. Det skal være legitimt at lægge det kliniske arbejde på hylden og hellige sig ledelsesrollen. DY udtrykker sig på denne måde: (linje 1087): *"... gå "all in" og droppe lægekitlen nærmest og sige, "nu er jeg leder"...den største forhindring for mig, jeg synes, det kunne være spændende, men jeg har ikke lyst til **ikke** at være læge"*.

DY taler meget om kompetenceudvikling af talenter som et indsatsområde mhp at skabe motivation for ledelsesfunktionen og har disse betragtninger, DY (Bilag A, linje 1176): *"... det der i fodboldklubber hedder, noget ordentlig ungdomsudviklingsarbejde, og det er ikke*

⁶⁰ Foreningen Af Speciallæger

turnuslæger,... du kan blive en god leder, det vil vi godt investere noget tid i...Man er enormt dårlig til at lave et rekrutteringsarbejde...så investere lidt mere målrettet...". DY fremkommer her med en betragtning om uddannelse indenfor ledelsesområdet, hvor han foreslår, at ledelses kompetencer bliver prioriteret på lige vilkår med lægefaglige kompetencer. Ved at prioritere ledelse og sikre uddannelse indenfor området, vil det muligvis åbne muligheder for at rekrutteringsgrundlaget bliver større.

Relationer

Som tredje faktor til at opleve sig indre motiveret, beskriver Ryan og Deci betydningen af at blive værdsat af andre, som man oplever sig forbundet med. En følelse af sammenhold og tilknytning til en gruppe.

Udover at opleve sig kompetent og føle autonomi er det også af betydning at blive værdsat og have relationer. Som leder har man en beslutningskompetence, som skaber et ulige forhold i samarbejdet med medarbejdere og tidligere kollegaer, hvilket påvirker relationen. Den ledende overlæges manglende muligheder for at bevare samme relationer til de øvrige overlæger som tidligere. Et problem, selvom vedkommende kan være afholdt. En overlæge udtaler UF: (Bilag B, linje 867): *"...selvom han er en god chef, på trods af at han er en god chef, så er det ikke kun en populær post... men et eller andet sted vil man jo godt være en del af sådan en afdeling, en del af kollegiet med sine kollegaer og have sit fagområde".* UF beskriver tabet af relationerne til tidligere kollegaer, at være en del af et fællesskab, som en mulig hindring for, at stillingerne som ledende overlæge bliver besat.

Ydre motivation

En faktor som løn hører under de ydre motivationsfaktorer og er angivet til muligvis at have betydning for at søge stilling som ledende overlæge. Vi spurgte derfor, om lønnen har betydning for den manglende rekruttering af ledende overlæger. På sygehuset i Region Sjælland mener man ikke, at lønnen er en faktor af betydning, og der er ikke kendskab til en ledende overlæges lønniveau. På sygehuset i Region Hovedstaden kommer overlægerne selv ind på emnet omkring løn og mener, at lønnen er en væsentlig faktor. Der bliver givet et eksempel på en potentiel ledende overlæge, der havde takket nej til en stilling på grund af for lav løn. Lønnen er også et udtryk for anerkendelse, mener man. GL taler om manglende

anerkendelse fra direktionens side både udtrykt gennem lønnen og gennem manglende opbakning, hvilket overlægerne tolker som en årsag til manglende interesse for at søge stilling som ledende overlæge. Lønnen er en ydre motivationsfaktor, og hvis lavt lønniveau samtidig tolkes som manglende anerkendelse, kan det virke demotiverende. GL siger: (Bilag A, linje 1149): *"... lønnen betyder selvfølgelig noget,... men jeg tror også, det handler om respekt for det arbejde, man laver, at det tillæg man får for at være ledende overlæge, det er latterligt lille, og så føler man simpelthen, at folk ikke respekterer det arbejde, man gør, og det tror jeg egentlig betyder mere for os, end vi sådan lige snakker om til hverdag"*. Respondenterne i Region Hovedstaden opgiver lønnen som en faktor, der har betydning for interessen for at blive ledende overlæge. Hvis overlæger oplever at gå ned i løn, når de bliver ledende overlæge, vil det ikke virke motiverende i forhold til at søge stillingerne, da ansvar, arbejdsbyrde og -tid øges.

Der er to respondenter som erklærer sig enig/uenig i påstanden. Deres betragtninger går på, at de synes, at det burde være det fineste at være ledende overlæge, men at virkeligheden viser sig anderledes. GA udtaler (Bilag A, linje 974): *"...sådan var det jo virkelig før i tiden. Den ledende overlæge, det var bare det fineste man kunne blive.... jeg har følelsen inden i mig, at det er det fineste, forstået på den måde, at det er en, som jeg kan se op til, ikke måske fagligt,... en der kan, lede mig*. Vi tolker, at der i ovenstående citat bliver givet udtryk for et ønske om at have en ledende overlæge som kan tage lederskab og vise vejen for lægegruppen.

Vil overlægegruppen ledes?

Den manglende interesse i stillingen som ledende overlæge kan muligvis være en afvisning af ledelse som disciplin, og derfor spurgte vi, om overlægerne gerne vil have en ledende overlæge og svaret kom hurtigt, MM:(Bilag B, linje 1101): *"I den grad! Det er jo totalt nødvendigt, især når man har haft fingrene en lille smule i det og har stået med nogle af de der opgaver, så bliver man så glad, når der kommer en"*. Denne udtalelse kan tolkes som et reelt ønske om en leder eller som en aflastning for egne ledelsesopgaver. Ud fra interviewet generelt er det vores tolkning, at overlægegruppen gerne vil have en leder, og at de anerkender, at der er brug for ledelse. Som UF siger: (Bilag B, linje 974): *"Du kan samle mange nok så mange kloge hoveder, hvis man ligesom ikke får orkestreret, for at få sat det rigtig sammen, så bliver det en dårlig*

afdeling...Så det har jo kæmpe betydning for det sundhedsvæsen, vi arbejder i, at man har nogle gode ledende overlæger. ...Fordi at uden en god ledelse i afdelingerne, så får vi problemer”.

Delkonklusion

Overlægerne oplever ikke, at stillingen som ledende overlæge er attraktiv på grund af stillingsindholdet, og dermed ikke det fineste man kan opnå. Overlægerne oplever, at den ledende overlæge har manglende fleksibilitet og råderum opad til, rammerne er rigide, og stillingen indeholder mange administrative opgaver. Opgaver som ikke er en integreret del af lægeuddannelsen, og derfor en kompetence som skal tilegnes efter, at man er tiltrådt stillingen som ledende overlæge. Det kan betyde, at man i en periode føler sig mindre kompetent i forhold til ledelsesopgaven. Samtidig vil der på grund af manglende deltagelse i klinisk arbejde opleves tab af lægelige kompetencer.

Overlægerne oplever ikke, at der bliver givet anerkendelse til den ledende overlæge fra sygehusledelsen. Kontakten og fællesskabet til tidligere kollegaer ændres, man er ikke længere en del af flokken, relationerne forandrer sig i kraft med ledelsesrollen. Overlægerne sætter pris på det kollegiale fællesskab og ønsker ikke at sætte sig uden for dette fællesskab ved at blive ledende overlæge. Frygt for at miste stillingen som ledende overlæge bliver også nævnt. Det, kombineret med en manglende deltagelse i klinisk arbejde, kan gøre det vanskeligt at få et nyt arbejde for en ledende overlæge.

Som en ydre motivationsfaktor, blev der spurt ind til lønnen og dens betydning for motivation til at søge en ledende overlægestilling. En del respondenter mener, at lønnen har betydning, de mener, at den er for lav. Det lave lønniveau sidestilles de med manglende anerkendelse for deres arbejde fra sygehusledelsens side.

Overlægegruppens forslag til at imødegå ovenstående handler om bedre rekruttering ved at have fokus på ledelsestalenter og tilbyde dem uddannelse og opgaver, hvor der udøves ledelse i mindre målestok. Minimering af det administrative arbejde så der skabes tid til klinisk arbejde, og en løn som står mål med ansvaret.

Konklusion

Vores undersøgelse viser, at overlægegruppen primært har fokus på den ledende overlæges lægefaglige kompetencer. Legitimitet gives til en leder, som overlægerne vurderer, er lægefagligt kompetent og indenfor eget speciale. Man forventer en leder, som har både faglige og generelle lederegenskaber, hvor sidstnævnte relaterer sig til sikring af ressourcer, udvikling og personaleledelse. Overlægerne erkender, at forventningerne er store og at få vil kunne opfylde dem alle. Inddragelse er en legitimitetsgivende faktor for overlægerne. Hvis hensynet til lægefagligheden påvirkes, har overlægerne vanskeligt ved at give legitimitet og anerkender ikke generel ledelse på lige fod med lægefaglighed.

Der er overvejende forståelse for, at den ledende overlæge ikke kan deltage i klinisk arbejde pga. opgaver forbundet med ledelsesfunktionen. Deltagelse i klinisk arbejde og konferencer forventes især mhp den ledende overlæges mulighed for at holde sig orienteret om forholdene i afdelingen, hvilket er legitimitetsskabende. Overlægerne har en oplevelse af, at de ledende overlæger selv har et ønske om at være klinisk aktive for ikke at miste lægefaglige kompetencer.

Overlægegruppen anerkender, at der er behov for ledelse, og at lægefaglig kompetence alene ikke er tilstrækkelig til at lede en afdeling. De mener, at de har forståelse for den ledende overlæges rolle som leder, men de administrative opgaver, som ligger i funktionen, giver ikke legitimitet.

Hovedparten af overlægerne er ikke motiverede for at søge stilling som ledende overlæge. Årsagerne er flere. Råderummet for den ledende overlæge opleves som styret af rigide rammer og manglende fleksibilitet, specielt opad til i ledelsessystemet. Det påvirker den ledende overlæges handlefrihed, hvilket sammenholdt med arbejdsbyrden og indholdet i funktionen gør, at overlægerne ikke finder stillingen interessant.

Overlægerne oplever, at den ledende overlæge befinder sig i et krydspres mellem sygehusledelsen og lægegruppen, et pres som de ikke finder attraktivt. Relationerne forandrer sig, når man overgår til en lederrolle, og overlægerne risikerer at miste det kollegiale fællesskab, hvilket flertallet ikke ønsker.

En anden begrundelse er manglende ledelsesmæssige kompetencer. Når man begynder i et lederjob, går man fra at være lægefagligt kompetent til ledelsesmæssigt at være mindre kompetent. Med tiden mister man desuden lægefaglige kompetencer på grund af manglende deltagelse i klinisk arbejde, hvilket var årsagen til, at de få som gav udtryk for, at de fandt ledelse interessant, ikke ville søge en lederstilling.

Flere af overlægerne fra sygehuset i Region Hovedstaden mener, at lønnen har betydning. De mener, at den er for lav og tolker det som manglende anerkendelse af funktionen.

For at imødekomme en bedre rekruttering blev det foreslået, at der kommer mere fokus på at fremme ledelsestalenter og tilbyde dem uddannelse og mindre lederopgaver.

Ud fra de begrænsede data, vi har haft til rådighed i vores undersøgelse, konkluderer vi, at overlægegruppen ikke er motiverede for at søge stilling som ledende overlæge, som funktionen ser ud i dag, da de ikke finder stillingsindholdet interessant og ulemperne for store.

Perspektivering

Vi har i undersøgelsen set på, hvilken ledelsesforståelse overlægerne har, og hvad der måtte motivere dem for at søge stilling som ledende overlæge. Resultaterne falder i tråd med de fund masterprojektet "Er ledelse attraktivt for overlæger?" kom frem til.

Overlægerne har vanskeligt ved at forstå og finde mening med de administrative opgaver, der ligger i rollen som ledende overlæge i dag. De oplever, at de ledende overlæger har uforholdsvist meget arbejde og begrænset råderum på baggrund af bundne opgaver dikteret af deres ledelser. Overlægerne erkender at have vanskeligt ved at legitimere de generelle ledelsesopgaver, som de ikke finder giver mening. Det er i høj grad fortsat lægefagligheden, som giver legitimitet til den ledende overlæge. I forhold til generelle ledelsesopgaver er legitimiteten oftest pragmatisk gennem en demokratisk ledelsesstil.

Fra et lederperspektiv kan man diskutere, hvor meget ledelse der så reelt er, og hvad der skal til for at motivere overlæger med ledelsesinteresse for at opgive deres lægefaglighed for at dedikere sig til lederrollen. Hvis lønnen ydermere ikke står mål med ansvaret, vil de dygtige ledere ikke søge stillingerne.

Ikke nok med at det er vanskeligt at rekruttere til de ledende overlægestillinger, ovenstående masterprojekt fandt også, at ca. 1/3 af de ledende overlæger er i tvivl eller ville ikke søge en lederstilling igen, hvis de kendte betingelserne, og arbejdsglæden er faldet sammenlignet med tidligere undersøgelser⁶¹. Det høje tal burde bekymre Regionerne, såfremt man fortsat ønsker, at læger skal indgå i ledelse. Man kan undre sig over, at reaktionerne indtil videre er udeblevet fra arbejdsgiver side og kun er blevet adresseret fra lægeside.

Ledelseslitteraturen indenfor hospitalsledelse beskriver negativt ladet flere steder, at lægerne har et ledelsesprojekt⁶², som bl.a. går ud på fortsat at bevare og sikre retten til at lede behandlingsaktiviteter indenfor sundhedsvæsenet. Litteraturen er overvejende skrevet af djøffere, som derfor har andre interesser og perspektiver end det lægefaglige alene. NPM peger på en generalistleder som leder af en virksomhed. Igennem tiderne har der fra arbejdsgiverside også været gjort flere forsøg på at ændre traditionen for lægelig ledelse på afdelingsniveau indtil videre uden held. Men hvis lægerne ikke selv er interesseret i at besætte de ledende overlægestillinger, er de så i virkeligheden med til at udføre djøffernes ledelsesprojekt?

Som Helle Heins arketyper om fagprofessionelle⁶³ beskriver, er lægerne en gruppe som i udgangspunktet er drevet af høj motivation. Hvad vil der ske med den motivation, hvis ledelsen består af professioner, som ikke har samme forståelse som lægerne og ikke forstår at motivere dem? For at blive i Helle Heins terminologi kan konsekvensen blive, at lægerne oplever frustrationsregression og vil blive præget af en lønmodtagerkultur, som ingen vil være tjent med.

Hvis man ikke formår at motivere overlægerne til at interessere sig for ledelse, og lægerne ikke selv påtager sig deres del af ansvaret, støtter op om deres ledende overlæger og accepterer, at generel ledelse er et vilkår for sygehusledelse i dag, så mener vi, at alle vil tabe.

⁶¹ Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master CBS, 2013

⁶² Bendix, Henrik W m.fl. Hospitalsledelse - Organisatorisk fænomen og faglig disciplin, 2012. S. 75 og Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse, 2005. S. 88+91

⁶³ Hein, Helle Hedegaard. Motivation – Motivationsteori og praktisk anvendelse, 2009. Kap. 9

Flere peger på, at med den størrelse mange afdelinger efterhånden har fået i dag, er det tid til, at nogle andre overtager en del af de administrative opgaver fra lægerne⁶⁴. Det er allerede foreslået i undersøgelsen tilbage fra 2001⁶⁵, at man burde ansætte administrativt personale til at bistå ledelserne. Ud fra vores kendskab er det meget lidt udbredt på afdelingsniveau. Vores undersøgelse tyder på, at mængden af administrative opgaver virker demotiverende på overlægerne i forhold til at søge lederstillinger.

Hvor blev muligheden for at være hybridleder af? Begrebet blev introduceret af Peter Kragh Jespersen i 2005⁶⁶ og forstås som en leder, der både er fagperson og leder, der arbejder med de overordnede strategier og den daglige drift, har opmærksomhed både mod interne og eksterne forhold og bidrager konstruktivt til at udvikle både eget område og helheden. Alt for ofte når den ledende overlæge i dag ikke længere end til at varetage den daglige drift. Ikke mindst pga. det krydspres, som han konstant befinder sig i, mellem til tider modsatrettede krav fra henholdsvis sygehusledelsen og lægerne.

Vores undersøgelse peger også på et ønske fra overlægerne om bedre muligheder for uddannelse indenfor ledelse, og at talentudvikling opprioriteres, så forståelsen for ledelse fremmes i lægegruppen.

Den ledende overlægerolle trænger til at blive redefineret, hvis lægernes interesse skal øges, og ledelse igen skal ses som attraktivt for overlægegruppen. Det kræver, at både arbejdsgiverne og de faglige organisationer er enige om, at her er et fælles problem, som skal løses. Vi skal have vendt pilen hen imod at blive ledende overlæge og ikke den anden vej!

⁶⁴ Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse, 2005. S. 129, Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Masterprojekt CBS, 2013. S.54 og Ledende overlægers arbejdsvilkår, FAS, 2010. S. 13.

⁶⁵ Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse, 2005

⁶⁶ Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse, 2005. S. 144

Litteraturliste

Ankersborg, Vibeke. Specialeprocessen. Samfundslitteratur 1. udgave 2. oplag 2013 (177 sider)

Bendix, Henrik W, Digmann, Annemette, Jørgensen, Per, Pedersen, Kjeld Møller.
Hospitalsledelse - Organisatorisk fænomen og faglig disciplin. Gyldendal Public 1. udgave, 1. oplag 2012 (432 sider)

Boolsen, Merete Watt. Kvalitative analyser - At finde årsager og sammenhænge.
Socialpædagogisk Bibliotek, Hans Reitzels Forlag 1. udgave 2. oplag 2006, kapitel 1-4 (94 sider)

Christensen, Ole og Jensen, Birgitte Nybo. Er ledelse attraktivt for overlæger? Master of Public Governance, CBS. December 2013 (73 sider)

Christensen, Peter Holdt. Motivation i videnarbejde. Hans Reitzels Forlag 1. udgave, 1. oplag 2007 (155 sider)

FLOS – Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet. Forskning i sygehuse under forandring 1. oplag 2004 (50 sider)

Halkier, Bente. Fokusgrupper - Hvorfor dog vælge fokusgrupper? Kvalitative Metoder. Hans Reitzels Forlag 1. udgave 2. oplag 2010, kapitel 5 (14 sider)

Hein, Helle Hedegaard. Motivation – motivationsteori og praktisk anvendelse. Hans Reitzels Forlag. 1. Udgave. 3. Oplag 2009, kapitel 9 (8 sider)

Hildebrandt, Steen, Klausen, Kurt Klaudi og Nielsen, Steen Friberg. Sygehusledelse. Munksgaard 2003. side 123-130 og side 437-445 (17 sider)

Holmström, Susanne og Kjærbeck, Susanne. Legitimitet under forandring - Virksomheden i samfundet. Samfundslitteratur 1. udgave 2013, introduktion (15 sider)

Jakobsen, Marianne Skytte. Ledende overlægers rolle, opgaver og ledelsesidentitet. Master FMOL. Sommer 2013 (57 sider)

Jespersen, Peter Kragh. Mellem profession og management - Ledelse i danske sygehuse. Handelshøjskolens Forlag 1. udgave 2005, kapitel 4 (88 sider)

Justesen, Lise og Mik-Meyer, Nanna. Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier. Forfatterne og Hans Reitzel Forlag, 1. udgave, 2. oplag, 2010, kapitel 2 (15 sider)

Klausen, Kurt Klaudi. Offentlig Organisation, Strategi og Ledelse. Odense Universitetsforlag 3. oplag 1990, kapitel 6 (15 sider)

Kvale, Steiner og Birkmann, Svend. Interview - Introduktion til et håndværk. Hans Reitzels Forlag 2. udgave 5, 2008, kapitel 4-9 (116 sider)

Launsø, Laila, Olsen, Leif og Rieper, Olaf. Forskning om og med mennesker. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. 6. udgave 2011. kapitel 2+6 (43 sider)

Rieper, Olaf. Gruppeinterview I praksis – brug af fokusgruppeinterview i evalueringsforskning. AKF forlag, 1993 (39 sider)

Ryan, Richard og Deci, Edward. Intrinsic and Extrinsic Motivation: Classic Definitions and New Directions. Contemporary Educational Psychology vol. 25, 54-67 (13 sider)

Suchman, Mark C. Managing Legitimacy: Strategic And Institutional Approaches. Academy og Management Review 1995, Vol. 20. No. 3, s. 571-610 (33 sider)

Borum, Finn. Ledelse blandt læger, 2002 (12 sider)

<file:///C:/Users/Helle/Documents/Masterprojekt/F%C3%A6rdige%20tekster/Lse/134-262-1-PB.pdf>

Bendix, Henrik W. Kan læger lede et hospital? 2008 (17 sider)

<http://www.midtlab.dk/files/Regionshuset/HR-afdelingen/Organisation%20og%20Ledelse/Midtlabfilbibliotek/Artikler/081208%20DDLA%20pa-per%20hospitalsledelse%20HWB.pdf>

Jest, Peder. Klinisk ledelse kræver kliniske ledere – søg lederstillingerne. Ugeskrift for læger 23/2014, s. 2205

Ledende overlægers arbejdsvilkår, FAS, 2010 (15 sider)

<http://www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F23628/96790%20Overl%C3%A6gers%20arbejdsvilk%C3%A5r%202010.pdf>

Overlægenes årsberetning 2014

<http://viewer.zmags.com/publication/e9c192fc#/e9c192fc/1>

De Jordy, Rich and Jones, Candace. Institutional Legitimacy (International Encyclopedia of Organization Studies, redigeret af Steward Clegg og James R. Bailey). S. 682-683 (2 sider)

<https://books.google.dk/books?id=tid1AwAAQBAJ&pg=PT815&lpg=PT815&dq=institutional+legitimacy+max+weber+encyclopedia&source=bl&ots=GvWcWby8kl&sig=4Br8JGslejzb31Nr988JOXmduU&hl=da&sa=X&ei=gT-MVJCgFsKtygPFmYGQCA&ved=0CGkQ6AEwCQ#v=onepage&q=institutional%20legitimacy%20max%20weber%20encyclopedia&f=false>